

QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

СТАРТИРА НАЙ-УСПЕШНАТА ПРОГРАМА ЗА

ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАВИСИМОСТИ „МИНЕСОТА“

Лекари и специалисти от стационарен блок „Суходол“ по време на обучението



Анджей Майхер



Анна Швед

На стр. 6-7

Програмата носи името на американския щат, в който е възникнала. Тя бързо печели популярност, заради по-високия процент успеваемост, който постига при справянето със зависимостите. През есента на 2019 г. се очаква да бъде въведена в ДПБЛНА, стационарен блок „Суходол“, благодарение на сътрудничеството между ръководството на лечебното заведение и специалисти от Полша. Инициативата се осъществява с подкрепата на полската фондация „Батори“.

Всичко за зависимостите и проекта - от директора на ДПБЛНА д-р Вл. Николов и терапевтите Анджей Майхер и Анна Швед.

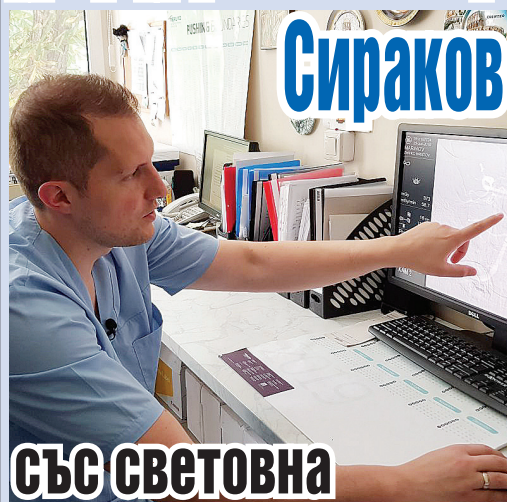
МИГ ОТ ЖИВОТА, УВЕКОВЕЧЕН С ДУМИ

На стр. 12



Разговор с автора на химна на ОПЛ
д-р Невин Садъкова

Доц. д-р Станимир Сираков



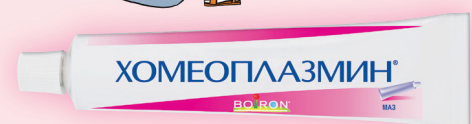
СЪС СВЕТОВНА ДИПЛОМА ЗА НЕВРОРЕНТГЕНОЛОГИЯ

На стр. 5

Зачервяване, охлузване, подсичане



Успокоява кожата!



Хомеоплазмин облекчава повърхностните кожни увреждания.

Леки изгаряния, охлузване, подсичане, протриване и напукване.



Хомеоплазмин е лекарствен продукт, съдържа борна киселина. Да не се прилага при деца под 30 месечна възраст. КХП 24123/06.11.2013

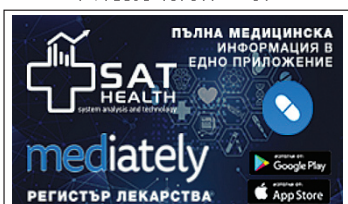
За пълна информация:

Боарон БГ ЕООД, ж.к. Южен парк, бл. 28, вх. А, ап. 6, тел.: 02/963-09-06, 02/963-20-91, факс: 02/963-45-00

ISSN 2534-8981



9 172253 148981 07



• МЗ стартира обществената поръчка за изграждането на детска болница
• Концепцията за нов здравноосигурителен модел

На стр. 2 и 3

ДОЦ. Д-Р АЛЕКСАНДЪР ОСКАР СОРДЕН „ЗА ГРАЖДАНСКА ЗАСЛУГА“

С решение от заседание от 10.07.2019 г. МС на Република България прие предложението за награждаване на председателя на ОЕБ „Шалом“ доц. д-р Александър Оскар с престижното отличие

Доц. Оскар беше предложен за високото отличие от Български лекарски съюз, кмета на София г-жа Йорданка Фандъкова и алианс от български неправителствени организации в знак на признание за заслугите му в борбата с антисемитизма и езика на омразата и активния му принос към детското здравеопазване.

Доц. д-р Александър Оскар е началник на Клиниката по очни болести на УМБАЛ „Александровска“ и председател на Организацията на евреите в България „Шалом“. Той е инициатор на кампанията за подписване на манифеста „Заедно срещу езика на омразата“, както и на тристранния Меморандум за сътрудничество между правителството на Република България, Организацията на евреите в България „Шалом“ и Световния еврейски



конгрес.

Благодарение на съвместните усилия на Министерството на външните работи и други български институции, в тясно сътрудничество с Организацията на евреите в България, през 2018 г. страната ни бе приета за пълноправен член на Международния алианс за възпоменание на Холокоста.

БЛС поздравява доц. Оскар за високото признание!

Д-р Иван Маджаров: Замърсяването на въздуха е сериозен проблем за лекари и пациенти

Председателят на БЛС д-р Иван Маджаров участва в заключителната среща по проекта „Връзка между измервания на фини прахови частици и здравни индикатори за остра заболяемост в София“, който се реализира от сдружение „Въздух за здраве“ и Факултет за обществено здраве при МУ – София. По време на събитието д-р Маджаров заяви, че през последните години по безспорен начин е доказана връзката между здравето и замърсяването на въздуха: „Това е сериозен проблем не само за пациентите, но и за лекарите, които се грижат за тях. Уверявам ви, че ежедневно лекарите се срещат с проблема и се чувстват безсилни пред това, че дадено заболяване се е „подмладило“, както се изразяваме ние, в резултат на независещи нито от лекаря, нито от пациента фактори. Това са факторите свързани с околната среда, за които се изискват мерки от всички институции, неправителствени организации и от цялото общество.“

На събитието присъстваха кметът на София г-жа Йорданка Фандъкова, зам-министърът на здравеопазването г-жа Светлана



Йорданова, ректорът на МУ София проф. Виктор Златков, зам.-председателят на БЛС д-р Николай Брънзалов и други. Пред участниците беше представено първото у нас проучване за връзката между заболяемостта и замърсяването с фини прахови частици, проведено по данни от ЦСМП София и няколко столични болници.

МЗ стартира обществената поръчка за изграждането на Национална многопрофилна детска болница

На 9 юли министърът на здравеопазването Кирил Ананиев подписа решение за откриване на обществена поръчка с предмет: „Избор на изпълнител за извършване на инженеринг (проектиране, строителство и авторски надзор) на Национална многопрофилна детска болница“. Крайният срок за подаване на офертите е до 20.08.2019 г., 17.30 часа, в деловодството на МЗ. Отварянето на постъпилите предложения ще се състои на следващия ден – 21.08.2019 г.

Срокът за изпълнението на обществената поръчка е до 42 календарни месеца от подписване на договора с избрания кандидат.

Предвиденият максимален финансов ресурс на възложителя за изпълнение на всички компоненти в обществената поръчка възлиза на 95 442 000 лв. с ДДС.

Поради значимостта и мащаба на проекта, МЗ изпрати подготвените документи за обществената поръчка на Агенцията за обществени поръчки /АОП/ за осъществяване на предварителен контрол.



Влезе в сила новата Наредба за придобиване на специалност в системата на здравеопазването

Новата Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването влезе в сила от 23.07.2019 г. Чрез нея се въвежда ефективен механизъм за провеждане на държавната политика по осигуряване на необходимите специалисти в съответствие с потребностите на лечебните заведения, съобщава czpz.org.

МЗ вече ще субсидира базите за обучение за местата, финансирани от държавата по клинични специалности като част от държавната политика по осигуряване на необходимите специалисти.

Друг нов момент е, че след придобиването на специалност, специалистите, за които е изплащана субсидия, могат да избират лечебни заведения, области или общини, определени от министъра на здравеопазването (в които е налице установен недостиг на специалисти), в които ще са длъжни да работят по придобитата специалност за срок от три години.

Размерът на месечната субсидия за базите за обучение за всеки специалист в общия случай ще е в размер на две минимални работни заплати за

страната и дължимите осигурителни вноски върху тях. Министърът на здравеопазването вече може да определи специалности, за които МЗ да заплаща по-голям месечен размер на субсидията.

Трудовото възнаграждение на специалистите, приети на места, за които МЗ изплаща субсидия, не може да е по-малко от две минимални работни заплати, а за специалностите, при които се отчитат негативни тенденции, възнаграждението е до три минимални работни заплати. Възнаграждението на специалистите по Обща медицина на места, финансирани от държавата, не може да бъде по-малко от 1,8 пъти минималния месечен размер на осигурителния доход за съответната икономическа дейност и квалификационна група професии, определен със Закона за бюджета на Държавното обществено осигуряване за съответната календарна година.

Специализацията по Обща медицина ще се осъществява по общия ред за клинични специалности – въз основа на сключен трудов договор на длъжност за специалист.

Специалистите, придобили друга специалност, назначе-

ни в база за обучение или служители във висше училище не се налага да променят безсрочния си трудов договор на сключен такъв на длъжност за специализант.

С измененията в Наредба № 1 заемането на длъжностите за специализанти вече се извършва след провеждане на конкурс по реда на Кодекса на труда. Изключение са специалистите по Обща медицина, тъй като задължителният конкурс е допълнително сериозно затруднение за базите по Обща медицина поради силно ограничени им кадрови потенциал.

С промените в Наредбата е създадена нормативна възможност базите за обучение да могат да получават финансиране за обучение на специализанти на сключен трудов договор освен от Министерството на здравеопазването и от общини, от лечебни заведения, които нямат одобрение от министъра на здравеопазването за обучение или по европейски проекти и програми.

Освен това на специалистите вече могат да се отпускат стипендии със средства от европейски проекти и програми или от друг източник.

100 ГОДИНИ НАВЪРШИ Д-Р ИВАНКА ОВЧАРОВА, УВАЖАВАН ОЧЕН ЛЕКАР В КЪРДЖАЛИ

На 23 юни д-р Иванка Овчарова навърши 100 години.

Тя е един от първите лекари в Кърджали, основател на очното отделение в болницата. Лекувала е стотици болни, но помни името на първия си пациент.

Родена е в царско време в покрайнините на Пазарджик. Обявяването на Втората световна война осуетява следването ѝ във Франция. Прехвърля се в Братислава, а след година се връща в България, за да продължи образованието си във Факултета по медицина към Софийския университет, който тогава наброява едва 10 момичета. Помни бомбардировките над София, преживяла е разцвета и залеза на монархията, налагането и рухването на комунистическия режим, прехода към демокрация. В Кърджали идва през 1956-та и става завеждащ отделение на създаденото през 1959 г. очно отделение.

Под ръководството на д-р Овчарова, която проучва опита на чешки професор, се въвежда в практиката революционният метод криоекстракция при катаракта. /този метод впоследствие се прилага в цялата страна/

Зад гърба си има стотици операции и признателност на хиляди пациенти, на които е върнала зрението.



От ляво надясно: Мария Димчевска – бивша старша сестра, д-р Ели Узунова, Никола Чанев – областен управител, д-р Н. Калайджиева, проф. д-р Тодор Черкезов, дм – ИД на МБАЛ „Д-р Ат. Дафовски“ и д-р Иванка Овчарова

На своя стогодишен юбилей д-р Иванка Овчарова е в много добра кондиция, добро самочувствие и настроение. Счита, че ключът към дълголетието е в позитивното мислене и чувството, че си бил полезен за хората.

Тя бе поздравена от областния управител Никола Чанев, изпълнителния директор на МБАЛ „Д-р Ат. Дафовски“ АД – проф. д-р Тодор Черкезов, дм, лекари и медицински сестри, с които тя е работила през годините.

IN MEMORIAM

ПОЧИНА ДОЦ. Д-Р АСЕН ЗЛАТЕВ - БИВШ ДИРЕКТОР НА АЛЕКСАНДРОВСКА БОЛНИЦА



Доц. д-р Асен Златев е роден през 1946 г. в гр. Добринище, област Благоевград. През 1973г. завършва Софийския медицински факултет. Притежава специалност по вътрешни болести и пневмология и фтизиатрия. Повече от 20 години ръководи Клиниката по неспецифични белодробни болести към СБАЛББ „Св. София“. Специализирал е в Русия, Швеция и Англия.

В периода 29.12.2005 - 07.10.2009г. е бил изпълнителен директор на Александровска болница.

Доц. д-р Златев бе дълбоко уважаван човек и лекар, който безрезервно и с чест отстояваше ценностите на лекарската професия и бе пример за младите поколения медици със своята всеотдайност, човечност и професионализъм.

ПОКЛОН ПРЕД ПАМЕТТА МУ!



СТАНОВИЩЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

Относно: Концепцията за Нов здравен модел, представена на 15.07.2019 г. от министъра на здравеопазването Кирил Ананиев

На 15.07.2019 г. в Зала 3 на НДК министърът на здравеопазването Кирил Ананиев представи концепция за Нов здравен модел, предвиждащ частни застрахователни фондове да се конкурират със здравната каса за основния пакет на лечение, който се покрива от задължителната здравноосигурителна вноска, която е в размер на 8%. Увеличение не се предвижда. Предвижда се обаче, всеки човек да може да избира къде да отиват тези 8% - в Касата или в частен фонд. Ако даден пациент не е направил избор, той или ще остане в НЗОК или ще бъде разпределен в някой от здравните фондове. Условието, за да бъде лицензиран даден фонд, е той да набере минимум 500 хил. осигурени лица.

БЛС приветства опитите за реформа от страна на здравното министерство, като намира, че те са необходими и закъснели. В концепцията, представена от министъра на здравеопазването, обаче липсват реални разчети, липсват прогнози, липсва оценка на риска, липсва оценка на въздействието. БЛС е силно обезпокоен от предложената концепция за Нов

здравен модел. Причините:

1. Концепцията, представена от здравния министър, предвижда да се оперира със същите средства, с които разполага в момента системата у нас, предлагайки обаче те да се разпределят между няколко платци. БЛС очакваше концепцията на здравното ведомство да надгради съществуващия модел, създавайки условия за реална конкуренция.

2. Недопустимо е правото на пациента да избира кой да го лекува да бъде изместено от избора кой да финансира лечението му. Неоспоримо предимство на здравната система у нас е бързият и лесен достъп на пациентите до здравни грижи – предимство, което предложената концепция отнема безалтернативно.

3. БЛС категорично се противопоставя на опитите съсловната организация да бъде извадена от процесите на формиране и договаряне на здравни политики у нас.

4. БЛС е категоричен, че ако

предложената концепция влезе в сила, основният пакет от медицински дейности трябва да бъде придружен с рамково договаряне за основни минимални цени, които трябва да бъдат гарантирани на доставчиците на медицински услуги. Съсловната организация остро възразява срещу идеята отделни лекари – общопрактикуващи, лекари от специализираната медицинска помощ и отделни болници да се договарят самостоятелно с много по-мощни от тях структури, каквито са застрахователните фондове.

5. Предлаганата концепция за Нов модел на здравеопазване няма да реши основните проблеми, свързани с кадровия дефицит и неравномерното разпределение на здравни услуги в страната, които категорично са приоритет на държавата.

6. В предложението на МЗ отново не се обръща внимание и не се предлага решение на проблема с големия брой неосигурени пациенти.

Не на последно място, БЛС смята, че демонополизация на НЗОК, чрез разпределяне на равни вноски от обществените ресурс между отделните платци за всеки записан здравноосигурен гражданин, без прилагане на механизъм за изравняване на риска, няма да създаде равнопоставеност и конкуренция, а ще доведе до нови дисбаланси в системата.

БЛС предлага преди всякакви опити за промяна в модела на здравното осигуряване да бъде направено следното:

1. Въвеждане на Национална здравна информационна система, въвеждане на действащо електронно досие на пациента.
2. Реално остойностяване на всички медицински дейности, остойностяване на лекарския и на специалистите по здравни грижи труд.
3. Дефиниране на основен пакет от медицински дейности, който е възможно реално да бъде финансиран и обезпечен

от здравна вноска в размер на 8%.

4. Надграждане на задължителното осигуряване, гарантиращо основния пакет с дефиниране на дейности в допълнителен, които да бъдат заплащани от доброволни фондове и застрахователи. БЛС е категоричен, че е недопустимо управляващите да си играят по този начин с нервите на изпълнителите на медицинска помощ. Недопустимо е да се говори за качество на медицинските услуги без да се повишават цените, без да се увеличава вноската, без да се свива основният пакет, без да се заплаща цялата извършена вече дейност и всичко това да бъде за сметка на лекарите и специалистите по здравни грижи. С това българските лекари не са съгласни и питат: Българският лекар, медицинските специалисти и пациентите ли са виновни за неблагополучията в здравната система?

Още на www.blsbg.com

На 15 юли т.г. в НДК се състоя национална кръгла маса, на която министърът на здравеопазването Кирил Ананиев анонсира нов здравноосигурителен модел.

ХРОНОЛОГИЯ

2018 г.

През септември 2018 г. Ананиев предложи дву- и тристълбов модел. Тогава здравният министър заяви предпочитанията си към втория, чиято идея беше НЗОК да плаща лечение до 700 лв., а разходите над тази сума да бъдат поемани от частни здравни фондове.

2019 г.

Понастоящем министър Ананиев изрази подкрепа за двустълбовия здравноосигурителен модел. При него Здравната каса и частните фондове ще се конкурират за задължителната здравна вноска от 8%.

АКЦЕНТИ

- Цените на дейностите в основния пакет ще подлежат на договаряне между фондовете и изпълнителите на медицинска и дентална помощ. МЗ, съвместно със съсловните организации ще определя основния пакет здравни дейности, които ще се покриват от задължителната здравна вноска от 8%.
- За някои дейности МЗ може да определя пределни цени, съгласувано със съсловните организации.
- Средствата от здравни вноски, ежемесечно ще се разпределят към здравните фондове от НАП. Размерът на средствата ще е равен на броя записани във всеки фонд осигурени лица, умножен по осреднения размер на здравната вноска за всички здравноосигурени лица. Всеки фонд ще получи еднакъв осреднен размер средства за едно лице, разликата ще е единствено в броя записани лица.
- Средствата ще се използват за здравноосигурителни плащания.
- Всеки фонд ще отделя средства за гарантиране на здравното обслужване за определен период от време при изпадане в несъстоятелност.
- Лечебните заведения ще формират цени за дейностите извън основния пакет, като същите ще се покриват от доброволното здравно осигуряване или чрез плащания в брой от пациентите.
- За да заработи частният здравноосигурителен фонд, той трябва да събере минимум 500 хил. осигурени.

ГЛЕДНИТЕ ТОЧКИ

По време на кръглата маса д-р Маджаров изрази несъгласие лекарите да се договарят сами с много по-мощни организации: *Категорично заявявам, че задължително основният пакет от медицински дейности трябва да бъде придружен с рамково договаряне за основни минимални цени, които трябва да бъдат осигурени на доставчиците на медицински услуги. Недопустимо е да*

КОНЦЕПЦИЯТА ЗА НОВ ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛЕН МОДЕЛ НА МЗ



Д-р Маджаров по време на кръглата маса

се предлага отделни лекари – общопрактикуващи, лекари от специализираната медицинска помощ и отделни болници, да се договарят самостоятелно с много по-мощни от тях структури, каквито са застрахователните фондове.

При условие, че всички застрахователи и Касата ще получават равна вноска, т.е. конкуренция по отношение на това - кой какви пари носи на фондовете няма да има, явно се надяваме, че всеки застраховател, добре управлявайки своите средства, контролирайки разхода и това дали наистина е било необходимо даденото лечение, ще бъде по-ефективен от НЗОК и съответно ще може да предложи по-добри условия на своите пациенти. Това обаче не трябва да става за сметка на изкуствено занижаване и на сега ниските цени, коментира председателят на БЛС.

Д-р Маджаров беше категоричен, че свободният избор на пациента кой да го лекува не може да бъде заместен от избора кой да финансира лечението му. *Това са неща, които не трябва да бъдат противопоставяни. Това е отстъпление от вече завоювано право на пациентите.*, каза д-р Маджаров.

Представителят на СЗО Михаил Околийски посочи, че в България доплащаме 42,5% над публичните средства за здраве, а препоръките на организацията са за 15% и един нов модел би следвало да бъде фокусиран върху профилактиката, а не върху болничното лечение.

Президентът на КТ „Подкрепа“ Димитър Манолов се обяви против модела. Причината - от организацията смятат, че той би обслужвал определен кръг от фирми и би освободил управляващите от политическата отговорност за здравеопазването.

Подобно на колегата си, Пламен Димитров от КНСБ посочи, че не намира солидни аргументи, с които да подкрепи модела като посочи: Демонополизацията на НЗОК не е панацея. Много сектори бяха либерализирани и виждаме какво става в банките и в енергийния сектор.

Председателят на Българската асоциация за закрила на пациентите Пламен Таушанов не смята, че предложеният от министър Ананиев модел ще гарантира увеличаване на достъпа на пациентите до медицински услуги.

Пенка Георгиев от „Заедно с теб“ изказа становище, че НЗОК трябва да се демонополизира заради съществени недостатъци в работата ѝ, но здравната вноска трябва да бъде увеличена.

Боян Бойчев от Асоциацията на индустриалния капитал в България контрира, че работодателите са против да се увеличава вноската в нереформирания здравен сектор.

От Асоциацията на родителите на деца с епилепсия повдигнаха въпроса кой ще плаща вноските на 714-те хиляди пациенти с увреждания.

От Асоциацията на българските застрахователи смятат, че не е необходимо да се създават нови дружества. Вместо това те предлагат сега съществуващите компании да бъдат включени като участници в системата. Наред с това смятат, че трябва да има яснота в остойностяването на базовия пакет – какво влиза в него и срещу каква цена.

ДОБРАТА ДУМА ЛЕКУВА

Фотоконкурсът, който БЛС обяви в рамките на инициативата „Добрата дума лекува“, продължава. Ежедневно получаваме писма от щастливи пациенти, които искат да кажат БЛАГОДАРЯ на своите лекари. В този брой публикуваме новопристигналите материали на участници в конкурса.

Условията – да ни изпратите снимка с Вашия лекар, придружена с кратък текст.

Д-Р БОЯДЖИЕВ И Д-Р ХРИСТОВА



Василка Дойкова: Сърдечно благодаря на д-р Бояджиев и д-р Христова за спешната операция, която направиха на съпруга ми Детелин Георгиев Дойков. Искам да им пожелая да бъдат здрави и все така внимателни и добри професионалисти.

Д-Р ОГНЯН ПЕТКОВ



С-во Тодорови и с-во Даковски: Искаме да изкажем благодарност на д-р Огнян Петков за непрестанните грижи и внимание, с които се грижи за нас! Желая му здраве и много, много щастие и успехи!

Д-Р ТРОСКОВА И Л. ВЛАДИМИРОВА



Лиляна Владимирова ни написа: Изпращам Ви снимка с един прекрасен Лекар и прекрасен Човек! Това е Докторът, на който се доверява безрезервно цялото ми семейство вече 20 години.

Д-Р СЕМРА АКТАШ



Симона Папазова: Тя обиква всяко ембрионче и помни името на всяко нейно бебе. Тя присъства на изписване, погача, рожден ден или просто се отбива за 2 мин. да види как сте. Странно е как й стигат силите да е толкова усмихната, след като за нея няма почивен час. Винаги е на разположение, а ако има свободна вечер, прави женско парти в един ресторант и събира своите пациентки. На парти-тата се събират между 100 и 200 приятелки-пациентки. Представете си за каква любов става въпрос, взаимна любов между лекар и пациенти. Обожавам я!

Д-Р Г. НИКОЛОВ С МАЛКАТА ЕМА



Весела Василева: Ема е на този свят след близо осемгодишна борба и много неуспешни инвитро процедури в други клиники. Чудото се случи от първия опит след спечелен ваучер от благотворителна кампания, дарен от д-р Николов. Благодаря на д-р Георги Николов за безграничния професионализъм и огромната човечност! И нека има повече достойни български лекари, които да последват примера...защото „дела трябва да се правят, а не думи.“

Д-Р АЛЕКСАНДЪР КУНЕВ И АЛЕКСАНДРИНА ТАГАРОВА



Александрина: Това е д-р Александър Кунев. Човекът, помогнал ми да чуя благата вест, а днес вече гушкам най-щурото и усмихнато момченце. Цял живот ще съм благодарна на този човек.

ПРОФ. ПЛАМЕН КИНОВ



Милена Енчева: Благодаря на проф. Пламен Кинов, който спаси живота на моя съпруг. Благодаря. Благодаря.



Майката на Теодора: Дъщеря ни Теодора мечтае да стане лекар. Все още не знае дали ще бъде педиатър или не, но знае, че иска да е лекар точно като д-р Ваня Великова. Доброта, Човечност, Професионализъм са думите, които я описват най-точно! Сърдечно ѝ благодарим и дано има повече лекари като нея, намерили истинското си призвание в живота.

Д-Р АСЯ ШИШКОВА



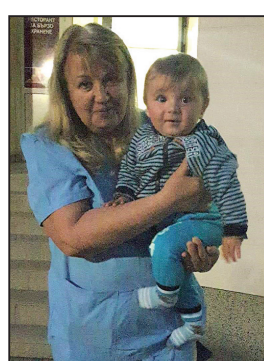
Полина Николова: Благодаря на акушер-гинеколог Ася Шишкова за появата на бял свят на двете ми деца.

Д-Р ГЕРГАНА КАЙРЯКОВА СЪС СВЕТЛА ГОГОВА



Светла Гогова: Благодаря на д-р Кайрякова за професионализма, разбирането, сензитивността, отзивчивостта и не на последно място за човечността! БЛАГОДАРЯ!

Д-Р ЙОЛИ БРАТОВА И КАЛИН



Мargarита Вучкова /майка на Калин/: Аз уважавам тази професия безкрайно много и също така се възхищавам на всички онези истински и прекрасни лекари, които пренебрегват себе си в името на нас и нашите деца. Именно затова реших да изпратя снимката на една великолепно добра и истинска лекарка - д-р Йоли Борисова Братова (Харизанова). Благодаря, че Ви има, Вие сте уникално добра, истинска и благородна! Нашето семейство много Ви обича и благодаря за всичко!

Д-Р СТАНИМИР СИРАКОВ

ЗАЕДНО С ОПЕРИРАНО ОТ НЕГО МОМЧЕ

Георги Стойков /баща на оперираното момче/: Преди 4 години открих на този малък господин АВМ (артериовенозна малформация) и д-р Сираков го оперира по спешност, по кръвния начин, през артерията. След 2 год. се появи нова АВМ и той ни насочи към доц. д-р Красимир Минкин, който заедно с д-р Колева му направиха лечение с Гама нож. Сега, 4 години по-късно, казаха, че всичко е нормално и вече е излекуван, а за един родител няма нищо по-прекрасно от тези думи.



Д-Р КАРАИВАНОВ



Ирена Ангелова: Моята „добра дума“ е за лекар, чиято специалност остава в сянка. Това са хората, които рядко получават думите ни на благодарност. Добрата ми дума в прекрасната Ви инициатива е за д-р Караиванов и колегите му! Благодаря ви, че съдбата ме срещна с вас и че дадохте цвят на живота ми! Добрата дума може да спаси от лоша диагноза! Добрата дума ви превърна за мен в добри хора!

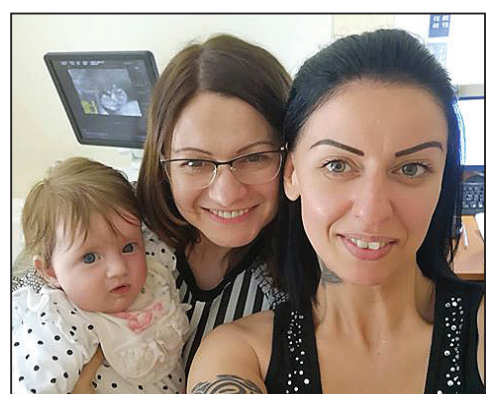
НЕЛИ БУНОВА И Д-Р КРАСИМИРА ЧАЛОВА



Нели Бунова: Виждате ли двете слънца, които греят около мен? В ръцете ми е моят син Владимир, а в дясно Ангела, който повечето хора познават като д-р Красимира Чалова. Няма думи, с които да опиша благодарността, уважението и обичта към този лекар със златни ръце и приказна душа. За мен д-р Чалова не е просто моя акушер-гинеколог, подарил ми най-голямото щастие на света - тя е много повече. Тя е Човек, тя е професионалист, тя е обич, тя е грижа, тя е отдаденост, тя е всичко, което един лекар трябва да се стреми да бъде. Благодаря Ви, д-р Чалова!

МАЛКАТА КАТАЛЕЯ, Д-Р ВЕНЕЛИНА МИХАЙЛОВА

И ДИЛЯНА ТОПАЛОВА



Дилана Топалова: Искам да благодаря на д-р Венелина Михайлова за това, че помогна да се появи на бял свят нашата малка принцеса Каталея! Благодаря Ви от сърце за грижите, за всеотдайността и професионализма, с който подходите към всички нас! Благодаря!

За да се включите и Вие в инициативата на БЛС „Добрата дума лекува“, изпращайте снимки с Вас и лекаря, на когото искате да благодарите, придружени от кратък текст през [f](#) страницата на БЛС и на адреси: pr@blsbg.com и quovadis@blsbg.com.

Изпратените материали ще се публикуват на сайта на БЛС, на [f](#) Български Лекарски СЪЮЗ и във в. „Quo vadis“. Жури в състав ръководството на БЛС и фотограф ще определи най-въздействащите фотографии и с тях ще бъдат организирани изложби.

ДОЦ. Д-Р СТАНИМИР СИРАКОВ СЪС СВЕТОВНА ДИПЛОМА ЗА НЕВРОРЕНТГЕНОЛОГИЯ

Доц. д-р Станимир Сираков е председател на Българското дружество по интервенционална рентгенология, ръководител на сектор „Интервенционална рентгенология“ в отделение-то по образна диагностика в УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ – София и доцент към Катедра-та по образна диагностика на МУ-София, ръководител на Референтния център по мозъчносъдови заболявания към УМБАЛ „Св. Иван Рилски“.

Доц. Сираков пръв въвежда в България ендоваскуларно лечение на артериовенозни малформации (АВМ). Само за 2019 г., заедно с екипа си от Референтния център по мозъчносъдови заболявания в УМБАЛ „Св. Иван Рилски“, има извършени 17 операции на АВМ и са третирани по ендоваскуларен метод над 90 мозъчни аневризми.

Отскоро доц. Сираков има и европейска диплома по неврорентгенология, която се присъжда от новосформирания Борд по невроинтервенции. Той е един от общо 36 специалисти от цял свят, които са удостоени с този документ. Целта на дипломата е да отличи тези специалисти, които имат опита и квалификацията да се занимават с ендоваскуларно лечение на най-сложните и комплексни мозъчносъдови заболявания.

- Как се сдобихте с европейска диплома по неврорентгенология? Изпитът за получаване на такъв документ съвсем не е лек.

- Мотивацията да се явим на този изпит е, защото в ЕС, дори и в света, различните страни имат различни критерии за „тапия“, най-образно казано, за да извършват тези ендоваскуларни процедури.

След като взехме български дипломи, тъй като са доста новаторски самото лечение и метод, на практика никой не те обучава, за да започнеш да го практикуваш - ние сме специализирали навън, за да го работим тук. Дипломата по интервенционална рентгенология в България по никакъв начин не покрива критериите и не ти дава възможност, начин на обучение или реални възможности да го работиш.

Тази диплома ви акредитира да работите във всеки един център в Европа. Направена е точно за Европа и може да се взима от 3 специалности - рентгенология, неврохирургия и неврология. Така че за мен беше важно да имам една реална диплома за нещата, които правим.

- Вие сте един от общо 36 специалисти в Европа, удостоен с този документ...

- Тъй като бордът е новосформиран от трите специалности, 35 бяха преди мен и на мен ми дадоха № 36. Това не значи, че сме нещо уникално, просто бордът е нов. Преди това европейската диплома по рентгенология, която се издава от Европейската асоциация по рентгенология, ви дава същите критерии. Но с тази ви признават и трите специалности.

- Кой е най-сложният случай в практиката ви?

- В началото като започвахме, всеки случай ни се струваше адски сложен. Сега, като се връщам назад и виждам какви случаи сме правили и правим, смятам, че на онзи етап щеше да ми се



Доц. д-р Ст. Сираков с Европейската диплома по неврорентгенология

струва невъзможно ние да извършим настоящите процедури. Така че ежедневно това се развива, но сме имали доста трудни случаи, които са ми останали в съзнанието.

Най-неприятни са тези, при които правите всичко, което е по план. Всичко свършва нормално, но крайният резултат за пациента не е добър. Преди Нова година имамхе пациент: млада жена с артеровенозна малформация - направихме я много добре ангиографски, но няколко дни след процедурата направи мозъчна хеморагия с фатален изход. Така че по-скоро тези случаи остават по-непонятни за нас, когато не виждаш причина, не виждаш грешка, но резултатът е неприятен за пациента. И те оставят по-голяма следа.

- Какъв процент от случаите са това?

- Наскоро правихме статистика за смъртността - при нас тя е под 1,8%, като световната серия е от 2% до 4%, така че в момента сме сравними със ситуацията по света. Но това е една статистика. Следващите 10 пациенти може да са с лош изход и статистиката да се промени.

- Преди години извършихте уникалната мозъчна операция на 10-годишно момиченце през артерия на крака му. Разкажете малко повече за този случай.

- Това беше една от по-сложните ни интервенции. Когато пролождахме, нямаше много опит, а това беше доста комплициран случай. Планирахме да я

пратим в чужбина, но заради спешния порядък на самата операция, трябваше да я извършим в България. Много сме радостни, че тя е успешна, момиченцето Станимира беше в много тежко състояние. Тя в момента ни праща снимки, говори, рисува, дори се опитва да ходи, което е страховтно постижение. Просто беше много сложна заради нивото, на което бяхме тогава, но се радвам, че всичко мина успешно и момичето е добре.

- Преди няколко месеца, заедно с проф. Шарбел Монайе от Франция, извършихте две уникални операции на деца с много тежки артериовенозни малформации. Защо се наложи въпросният професор да идва в България за тези интервенции?

По принцип всеки по-сложен случай го консултираме с по-опитните - да ни кажат правилна ли е стратегията - това, което смятаме да предприемем. Все пак имаме някаква самокритичност като лекари. Затова случаите, които ни се струват най-сложни - изпращаме в чужбина.

Имаме такава колаборация. Може би в първите години изпращахме повече пациенти, но вече се опитваме да правим операциите тук и се радвам, че са успешни. Събрахме два трудни случая, които мислехме да ги пратим във Франция, но в крайна сметка проф. Монайе дойде в страната ни, за да ги направим тук.

Различно е, когато имате един много опитен оператор като него до вас и ако случайно възникнат усложнения, той да може да помогне. Така че целта беше да съберем най-сложните случаи, които бихме изпратили в чужбина, но да ги направим тук в България и планираме това да продължи.

- Как преминаха тези операции?

- При едната имаше малко усложнения в първите дни, на 17-годишното момче, но сега той е много добре. Идва на прегледи, говори, движи се, така че за нас всичко е идеално и малформацията му е напълно излекувана.

- Как в момента оценявате развитието на мозъчносъдовите операции у нас?

Бих казал, че в последните години бележим голям напре-

Той е един от общо 36 специалисти от цял свят, удостоен с това признание

дък, както навсякъде в Европа. Успяхме да променим едно процентно съотношение за 2013 г., когато започнахме реално - от 100% аневризми, 95% се оперираха по класически неврохирургичен начин. Сега тази година имаме 94 процедури, от които само две са третирани по класически неврохирургичен начин, всички други са ендоваскуларни. Така че дори от статистическа гледна точка мисля, че сме допринесли много. Успеваемостта ни е... много се радвам, че е доста добра и е сравнима със световните серии.

- Има ли достатъчно добра апаратура в болниците, с която да правите подобни операции?

- Ами борим се за това нещо, защото апаратурата ни е както технически, така и морално остаряла. Когато дойде професорът от Франция се усмихна и каза: „На такова нещо съм се учил през 90-те години“. Вложихме много усилия в проект, благодарение на който имаме най-модерния бипланов ангиограф на Балканите. Вече е в България, все още обаче не е инсталиран, просто чакаме техническо одобрение да го сложат. Откъм апаратурата ще сме един от най-модерните центрове, след като сложат новия бипланов ангиограф.

Все още като кадри, най-силната неврохирургия се намира в УМБАЛ „Св. Иван Рилски“. Така че ние затваряме един цикъл от лечение на всички неврологични и неврохирургични патологии.

- Как и на какъв етап от заболяването си пациентите идват при вас?

- Много са различни пациентите, които попадат при нас. Повечето идват, насочени от колеги рентгенолози, които са открили съответната находка, колеги невролози, които са проследявали пациента - видели са причина за образно изследване, при което се открива съответното заболяване.

Има и пациенти, които идват на случаен принцип и искат да си направят консултация за нещо, при което на образното изследване откриваме случайна находка. Така че пациентите са различни - идват на различни етапи. Смятам, че на едно добро ниво се откриват в България и

съответно се провежда подходящо за тях лечение.

- Притежавайки европейска диплома по неврорентгенология, вие може да практикувате навсякъде в Европа. Замисляли ли сте се за работа в чужбина?

- За момента не. Хвърлихме много усилия да създадем такъв център на Европейско ниво, за да могат българските пациенти да имат достъп до подобен тип лечение в България и се опитваме да създадем школа. Имаше млади хора, с които се надявам от догодина да сме взаимозаменяеми - да сме на едно и също ниво. Да имаме най-новия апарат, който вече е тук и се надявам скоро да го инсталират... И остава да се борим административно. Вече трета година пациентите при нас не заплащат нищо за своето лечение. Трябва да се опитаме да получим повече финансиране, за да може освен скъпоструващите консумативи, които слагаме, да бъде оценен и лекарският труд. За момента лекарският труд е крайно неосчетоводен, така че това ще са следващите стъпки за водене на разговори.

- Не е ли демотивиращо да правите толкова сложни операции, да инвестирате толкова много в обучението си и в крайна сметка да не се заплаща добре трудът ви?

- Демотивиращо е, виждам го и при младите специализанти, които гледат своите колеги в същите специалности, които взимат в пъти повече от тях. Но сме на такъв етап и смятам, че в бъдеще може да се преборим нашият труд да бъде оценен, както е оценен в Европа, в Щатите - там нашата специалност е една от водещите по финансиране.

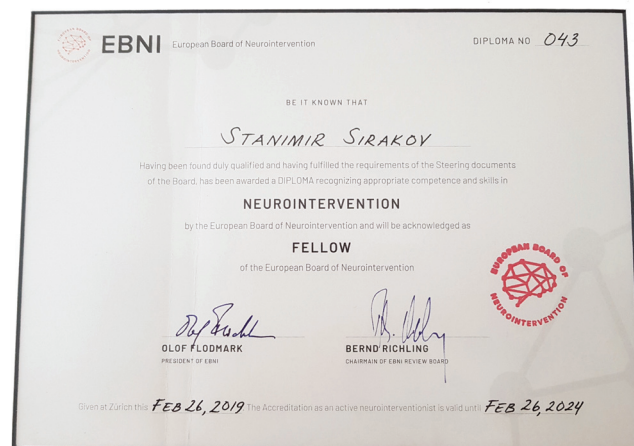
- Какво бихте казали на младите си колеги, които тепърва тръгват по този път? Има ли възможности за развитие за тях в специалност като Вашата?

- Ще им кажа, че ако това, което виждат като процедури при нас им харесва, мотивирани са да го правят - в един момент, с времето, с натрупването на опит и работа, най-вероятно няма да е лесно в началото, но после всичко ще си дойде на мястото. Вярвам, че ще има бъдеще за това нещо у нас. Има нужда от подобни кадри.

- Как си се представяте след 10 години като развитие?

- Надявам се да сме напреднали като техника, методи. Да сме направили една добра школа. Да са все повече младите хора, които да работят с нас и се надявам да има все повече и повече доволни пациенти, на които сме помогнали.

Интервю на Милена Енчева



„МИНЕСОТА“ - НАЙ-ЕФЕКТИВНАТА ПРОГРАМА ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАВИСИМОСТИ ТРЪГВА У НАС ПРЕЗ ЕСЕНТА В СТАЦИОНАРЕН БЛОК „СУХОДОЛ“

Очаква се през есента в България да заработи най-популярната и ефективна програма за лечение на зависимости - „Минесота“. Тя ще се реализира от специалистите на ДПБЛНА в стационарен блок „Суходол“. Въвеждането на програмата става с финансовата подкрепа на полската фондация „Батори“. В началото на юли специалисти от Полша бяха в България, за да проведат 5-дневно обучение на лекари, психолози и медицински сестри от ДПБЛНА. През миналата година наши специалисти пък бяха във Варшава, за да поставят началото на въвеждането на този метод у нас.

Специално за в. „Quo vadis“ консултантите от Полша - Анна Швед и Анджей Майхер, дадоха интервю за въвеждането на „Минесота“ у нас.

- Какво представлява програмата „Минесота“?

Анна Швед: Моделът „Минесота“ не е обвързан с никакви твърди правила. Той е по-скоро философия, която предлага специфичен поглед към зависимости като към болест. В тази програма се прилагат идеите и похватите на т.нар. „Програма на 12-те стъпки на анонимните алкохолици (AA)“, която се прилага в различни общности за взаимопомощ за справяне със зависимостите. Различното в тази програма е, че сред мултидисциплинарни екип, има и член, който е възнамняван за зависим с дълга ремисия (поне 2 години), допълнително обучен за консултант.

- Защо сте в България?

Анна Швед: Д-р Вл. Николов (директор на ДПБЛНА-Бел. ред.) посети Полша през 2018 г. в рамките на лятна школа и там се запознахме. Той изяви желание да въведе програмата в неговата болница и повече от година търсим начини това да стане. Благодарение на фондация „Батори“ успяхме да организираме обучителен семинар в България, предназначен за две групи участници. Първата група беше екипът от клиниката в Суходол, а втората - специалистите от Превантивно-информационните центрове от различни градове в България.

- Каква е динамиката в работата със зависимостите?

Анджей Майхер: Изследванията показват, че около 4% от световното население са зависими от алкохола, а 10% пият рисково. Именно при тези 10 на 100 често краят е фатален, а ако не е, настъпва рязка промяна в социалния им статус - влизат в затвора, разрушават семейството си, остават сами. Те все още не са зависими от алкохола. Човекът, който пие рисково, пие, защото иска, а човекът, който е зависим пие, защото е принуден да пие. Подходът към тези два случая е коренно различен.

Анна Швед: СЗО е дефинирала алкохолната зависимост, но сред симптомите никъде не присъства количеството изпит алкохол. По-важно е да се уста-

Анна Швед

Учител, социотерапевт, треньор, театрален инструктор и създател на авторски профилактичен театър; терапевт на зависимости с 15-годишен опит във водене на амбулаторни терапевтични групи за зависими; терапевт по Solution Focused Brief Therapy; автор и реализатор на профилактични програми; треньор и coach по възпитателни умения; автор на публикации в областта на терапия на зависимости и профилактика на рисковото поведение.



Анджей Майхер

Педагог, социотерапевт, треньор, терапевт на зависимости с многогодишен клиничен опит; терапевт по Solution Focused Brief Therapy, специалист по противодействие на семейното насилие, председател на Общинска комисия по решаване на алкохолни проблеми, председател на варшавското отделение на Полското дружество по противодействие срещу наркомани; автор и реализатор на профилактични програми.



нови какво става с човек, когато пие и когато НЕ пие. И на какво е способен, за да си достави алкохол или друго психоактивно вещество (ПАВ).

Анджей Майхер: В момента се появяват нови ПАВ и различни зависими поведения и процентът на болните нараства, и то много бързо. В днешно време младите хора не използват една субстанция, а няколко едновременно и това е предизвикателство пред лечението. Младият човек с удоволствие би пийнал водка, докато си пали цигара марихуана, след като вече е 24-и час пред компютъра. И за да не заспи, взима амфетамин или метамфетамини. Ние смятаме, че се намираме в един от последните етапи на обществено развитие, в които можем да противодействаме.

Анна Швед: Трябва да се добави, че все по-често това са млади хора. Терапията при тях е по-трудна, тъй като те все още не усещат значителни загуби в живота си. Преди години средната възраст на страдащите от алкохолизъм беше някъде около 1 и над 30-те - т.е. хора, които вече имат семейства и някакъв социален статус, свързан с различни придобивки в живота им и зависимостта започва да им отнема тези неща. Беше по-лесно да им покажеш какво губят и защо е добре да променят не-

що в живота си. Един млад човек, който тепърва стартира в живота, все още здрав и не усеща физическите поражения от зависимостта си, и не генерира сериозни загуби в социален план, много по-трудно осъзнава, че човек задоволява своите потребности по различен начин и с различни ПАВ или поведение.

Анджей Майхер: Ще Ви дам един пример, който прочетох днес. В Полша 67% от младежите между 14 и 19 години и 37% от децата между 10 и 14 години пушат електронни цигари. Много от съвременните наркотици се въвеждат в организма посредством тези устройства. Къде е проблемът обаче? Това, което подрастващите пушат е нещо, в което може дори да няма никотин. Но те са научават да употребяват тези електронни цигари и по-късно става по-лесно да се „закачат“ за новите видове наркотици, които се приемат посредством такива устройства. Подобна е ситуацията и с детското шампанско. Така учим децата на определен стил на живот. Създава се усещането, че празнуването е свързано с тостове и алкохол.

- Да се върнем към програмата. „Минесота“ се прилага при всякакъв тип зависимост?

Анна Швед: Да. Тя е създадена като програма за справяне с алкохолизма, тъй като той е бил

най-масовата зависимост. Но в днешно време има всякакви зависимости. Не само към ПАВ, но и поведенчески - като хазарт, шопинг, секс, работохолизъм и т.н. (имало ги е и преди, но никой не ги е смятал за болести).

Анджей Майхер: Програмата се базира на предпоставката, че човек задоволява своите потребности по различен начин и с различни ПАВ или поведение.

Анджей Майхер: Целта на модела „Минесота“ е не човек да спре да пие, а да не започне да пие. Ние не лекуваме пияни, а трезви хора. Един от принципите на програмата „Минесота“ е дълготрайно, доживотно въздържане. Има други школи, които работят върху т.нар. контролирано пиене. Тук целта е да се научат да живеят така, че да нямат нужда от алкохол или друго вещество, към което са зависими. Самото въздържане не е самоцел, а инструмент, чрез който да се научи да живее добре, пълноценно, щастливо.

При зависимостта различаваме 2 термина: абстиненция, т.е. въздържане от ПАВ и „трезвеене“, т.е. промяна на стила на живот.

- Считате се, че това е програмата с най-голям процент успеваемост?

Анджей Майхер: Тук говорим за ефективност, не за успеваемост. А ефективността е размитото понятие. В Полша сме изработили стандарт за измерване на ефективността - проследяваме съдбата на пациентите две години след завършване на терапията - колко от тях изобщо не са пили и колко са се напили 2-3 пъти за този период. Защото във втория случай също говорим за успех на лечението - увеличава се времето, през което човекът не употребява алкохол. Ако заради пристрастеността е страдало семейството на зависими или той е нарушавал законите, то сега той продължава да пие, но семейството му не е така засегнато; ако преди не е работил, а сега вече има работа - това също е една успешна терапия. Заедно с тези случаи ефектив-

ността достига 90%.

Анна Швед: Това е програма, която съдържа когнитивно - поведенческа терапия. Т.е. въздействаме върху убежденията на човека, начина му на мислене от една страна, а от друга - на начина му на живот и това е комплексен подход. Заедно с това, по време на терапията в тази програма, целим разоръжаването на тези механизми, за които говорихме. Т.е. да достигнем до същността на болестта и дори ако пациентът периодично се завърща към употребата на ПАВ, той вече е много по-способен да коригира поведение то си и да потърси помощ, за да се върне към трезвения живот. От друга страна програмата съдържа предпоставка пациентът да започне да участва в групите за взаимопомощ, което му дава възможност да получава дълготрайна, доживотна, безплатна помощ. Това също е фактор в ефективността на програмата.

Но защо програмата е ефективна? Според мен заради индивидуалния подход към пациента. Всеки пациент има свой индивидуален план за лечение, съобразен с неговите цели и възможности.

Анна Швед: Това може да звучи като парадокс, защото основният метод на работа е груповият. Но ние начина да се съчетават нещата. Всеки пациент, в рамките на програмата, участва в различни видове групи, като същевременно така изпълнява своята индивидуална програма и тя се състои от различни задачи, най-често писмени, в които той отразява свои самонаблюдения и тези писмени задачи се представят пред групата, за да може човек да получи обратна връзка. Така се съчетава индивидуалната програма с груповата терапия.

- Сбъсквали ли сте се с някакви редки, странни зависимости?

Анджей Майхер: Ще кажа така - имал съм над 1000 пациенти... вече нищо не ми се струва странно.

ността достига 90%.

Анна Швед: Това е програма, която съдържа когнитивно - поведенческа терапия. Т.е. въздействаме върху убежденията на човека, начина му на мислене от една страна, а от друга - на начина му на живот и това е комплексен подход. Заедно с това, по време на терапията в тази програма, целим разоръжаването на тези механизми, за които говорихме. Т.е. да достигнем до същността на болестта и дори ако пациентът периодично се завърща към употребата на ПАВ, той вече е много по-способен да коригира поведение то си и да потърси помощ, за да се върне към трезвения живот. От друга страна програмата съдържа предпоставка пациентът да започне да участва в групите за взаимопомощ, което му дава възможност да получава дълготрайна, доживотна, безплатна помощ. Това също е фактор в ефективността на програмата.

Но защо програмата е ефективна? Според мен заради индивидуалния подход към пациента. Всеки пациент има свой индивидуален план за лечение, съобразен с неговите цели и възможности.

Анна Швед: Това може да звучи като парадокс, защото основният метод на работа е груповият. Но ние начина да се съчетават нещата. Всеки пациент, в рамките на програмата, участва в различни видове групи, като същевременно така изпълнява своята индивидуална програма и тя се състои от различни задачи, най-често писмени, в които той отразява свои самонаблюдения и тези писмени задачи се представят пред групата, за да може човек да получи обратна връзка. Така се съчетава индивидуалната програма с груповата терапия.

- Сбъсквали ли сте се с някакви редки, странни зависимости?

Анджей Майхер: Ще кажа така - имал съм над 1000 пациенти... вече нищо не ми се струва странно.

Д-Р ВЛАДИМИР НИКОЛОВ – директор на ДПБЛНА: МНОГО ХОРА С ДЕПРЕСИЯ, ШИЗОФРЕНИЯ ИЛИ ТРЕВОЖНИ РАЗСТРОЙСТВА ПОСЯГАТ КЪМ АЛКОХОЛА КАТО ВИД САМОЛЕЧЕНИЕ

- Д-р Николов, кога, в кои случаи говорим за наркозависимост?

- Както алкохола, така и психоактивните вещества (ПАВ) съпровождат човечеството от най-дълбока древност. Твърди се, че египетските жреци, индианците в латинска Америка и шаманите са ги използвали. Халюциногенните гъби са обичайни за Латинска Америка.

- Ясен ли е механизъмът, по който възниква зависимостта?

- Има две големи групи ПАВ. Едните са групата на опиоидите, напр. героинът. Пациенти описват действието им като предизвикващо усещане за нирвана, на върховно блаженство, несправено с нищо друго. Централната нервна система (ЦНС) има рецептори на удоволствието и героинът и др. ПАВ оказват въздействие върху тях. Нашият клетки запаметяват това усещане и когато то изчезне, отново търсят това изживяване.

Психостимулантите (ПС) въздействат на други центрове като стимулират отделянето на големи количества адреналин и норадреналин, т.е. увеличават неимоверно енергичния потенциал. Човек става активен и свръхдеен, изпълнен с енергия. Отново нещо, непостижимо по друг начин. Когато ефектът на психостимулантите свърши, енергичното ниво пада под нормалното. Но тези в-ва не доставят по-голямо количество адреналин и норадреналин, а изчерпват депата на организма от тях. Следва поява на депресия, заради ниските нива биогенни амини. Оттук вариантите са два - да стоиш една седмица в това състояние или отново да посегнеш към ПС. Така се затваря омагьосаният кръг.

- Защо клетките изпитват глад за психотропни вещества? Не сработва ли някакъв механизъм за защита?

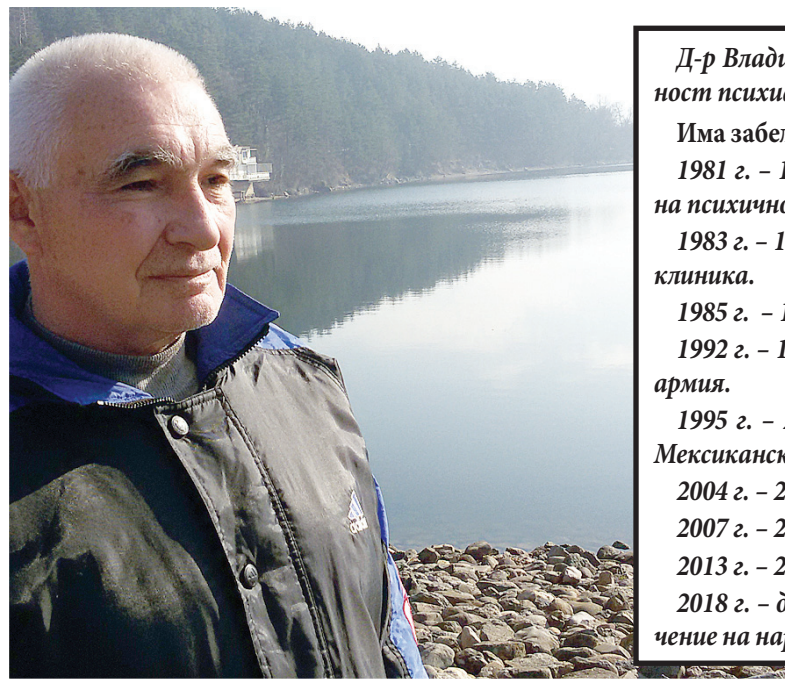
- Да, но никой не му обръща внимание заради стремежа към усещането за блаженство. Животът на зависими започва да се върти около този стремеж. Той става смисъл и цел на живота и това е класическа картина на зависимостта - търсене, употреба, възстановяване.

- Към какви субстанции може да се развие зависимост?

- В реалния живот има всичко - всемо може да развие зависимост към нещо. Единственият начин да се опазим от такова нещо е да не го употребяваме. С изключение на героина, при другите зависимости пациентите обикновено попадат при нас, когато развият психоза. Хората, които са на кокаин почти не ни търсят.

- Много се коментира напоследък за ползите от марихуаната. Вие какво мислите за този дебат и може ли да се развие зависимост към нея?

- Може. Основното вещество е те-



трахидроканабил (ТНС). Преди около 40 год. в една цигара марихуана е имало около 2% от него. В момента това количество е 8-12%, или тя е 4-6 пъти по-силна. Със сигурност се уврежда ЦНС, а понякога води до екзогенни психози. Имал съм случаи на 15-16-год. пациенти с такива психози, т.е. днешната марихуана може да предизвика много сериозна психиатрична симптоматика.

Няма надеждна медицинска документация, която да доказва ползите от употребата на продукти, добити от марихуаната. Не са правени проучвания както за всяко друго лекарство, с които да се установят ползи, вреди, странични ефекти и т.н., за да говорим за медикаментозно приложение.

- Това ли е първата стъпка - признането пред себе си, че имаш проблем?

- Абсолютно. Това е най-важното! Като всяко заболяване и тук началото е осъзнаването, че е налице здравословен проблем. Основна роля имат семейство, близки, приятелски кръг, информация, всички... и да се осъзнае, че това не е порок, а болест, която трябва да се лекува.

Определено неразбирането, стигматата се явяват пречка при решението да се потърси помощ. До 50-е години алкохолизъмът е бил изцяло морална категория. Тогава влиза в МКБ и днес той е на първо място в раздела за зависимости, където те са подредени по тежест...

- Възможно ли е заради нелекувана депресия човек да посегне към алкохола или дрогата?

- Да, това е т.нар. коморбидност. Много хора с депресия, шизофрения или тревожни разстройства посягат към алкохола като вид самолечение. Ние направихме едно много голямо изследване сред 160 пациенти и се оказа, че при жените злоупотреба с алкохол или зависимостта от него се дължат изключително на депресия и тревожност.

- Традиционно смятаме, че любо-

Д-р Владимир Николов завършва медицина през 1978 г. Придобива специалност психиатрия през 1983 г.

Има забележителна професионална биография:

1981 г. – 1983 г. – Главен лекар на Републикански център за рехабилитация на психично болни „Самораново“.

1983 г. – 1985 г. – Началник на психиатрично отделение в Студентска поликлиника.

1985 г. – 1992 г. – Психиатър в Правителствена болница.

1992 г. – 1995 г. – Началник Център за психопрофилактика на българската армия.

1995 г. – 2004 г. – Консултант на Национален център по зависимости на Мексикански съединени щати, Мексико сити.

2004 г. – 2007 г. – Психиатър към МУ – Бангкок, Тайланд.

2007 г. – 2013 г. – Психиатър, началник отделение в МБАЛНП „Св. Наум“.

2013 г. – 2017 г. – Началник на стационарен блок „Суходол“, ДПБЛНА.

2018 г. – до момента – директор на Държавна психиатрична болница за лечение на наркомани и алкохолизъм.

питството стои в основата.

- Това става в юношеска възраст – 5-7 кл. като желание да подражаваш на групата, на екипа, да се впишеш в тях, да станеш част от културата им, иначе си аутсайтер.

- Кой е най-младият Ви пациент?

- Ние не работим с деца. Когато дойде пациент, обикновено той е дължи на по-голямата информираност сред обществото, особено що се касае до алкохолизма.

- Това ли е първата стъпка – признането пред себе си, че имаш проблем?

- Абсолютно. Това е най-важното! Като всяко заболяване и тук началото е осъзнаването, че е налице здравословен проблем. Основна роля имат семейство, близки, приятелски кръг, информация, всички... и да се осъзнае, че това не е порок, а болест, която трябва да се лекува.

Определено неразбирането, стигматата се явяват пречка при решението да се потърси помощ. До 50-е години алкохолизъмът е бил изцяло морална категория. Тогава влиза в МКБ и днес той е на първо място в раздела за зависимости, където те са подредени по тежест...

- Възможно ли е заради нелекувана депресия човек да посегне към алкохола или дрогата?

- Да, това е т.нар. коморбидност. Много хора с депресия, шизофрения или тревожни разстройства посягат към алкохола като вид самолечение. Ние направихме едно много голямо изследване сред 160 пациенти и се оказа, че при жените злоупотреба с алкохол или зависимостта от него се дължат изключително на депресия и тревожност.

Метадонът е началото на процеса на лечение, наред със солидна програма за психосоциална рехабилитация, чрез които пациентите да влизат в руслото на обичайното ежедневие.

- Според Вас върна ли е фразата, че няма бивш наркоман?

- Да, така е. Зависимостта е хронично, рецидивиращо, поградиентно заболяване, напр. както при хипертонията се пият антихипертензивни медикаменти, или както един диабетик приема инсулин. Можете ли да му спрете терапията? Т.е. във всяка област на медицината има заболявания, които хронифицират. След като имаме възникнала зависимост, не може да се излекува в буквалния смисъл, както може да се премахне апендицит.

- Каква е методологията за борба с наркотичната зависимост?

- Идеята на лечението е да намериш удоволствие в живота без наркотици. Защото това, което носи удоволствие на наркозависимия, е дрогата. Когато му я отнемеш, той „увиства във въздуха“, т.е. махайки героина, аз трябва да предложа нещо, което да го замести. Но то трябва да е социално приемливо, не себеуверждащо – да е добро за него и за обществото. Това е смисълът на цялата рехабилитационна програма.

- Има ли по-уязвими групи от населението?

- Да. Малцинствените групи са по-уязвими. Не само у нас, но и по света.

Страниците подготви:
Георги Радев



Обучението в България на лекарите и специалистите от стац. блок „Суходол“

Д-Р РОСИЦА ГЕОРГИЕВА: ПО ВРЕМЕ НА ПРЕСТОЯ МИ В ЮАР НЕ СТАНАХ СВИДЕТЕЛ НА КАМПАНИИ ЗА НАБИРАНЕ НА СРЕДСТВА ЗА ЛЕЧЕНИЕ

Д-р Росица Георгиева завършва медицина в София през 1980 г. Специализира АГ през 1986 г. Започва работа като ординатор в Районна болница Радомир, където остава 3 години. От 1983 г. до 1991 г. е част от Окръжна болница „Д-р Рачо Ангелов“ (сега УМБАЛ „Св. Анна“). През 1991 г. емигрира в ЮАР и работи в болниците „Тамбо Мемориал“, „Тембиса“, провинция Хаутенг като старши ординатор (РМО).

Д-р Георгиева, как решите да отидете да работите в чужбина?

Посетих Йоханесбург, Южна Африка като турист и...направо останах там 20 години.

Какво Ви впечатли, че останахте?

Моята екскурзия съвпадна с решението на правителството да назначи в държавните болници лекари, които са завършили извън ЮАР. И аз реших да опитам. Интересувах се да видя как е организирана сферата, в която работя. Може да Ви прозвучи странно, но веднага ме взеха на работа. Отне 2-3 дни и започнах работа. По това време страната изпитваше остра нужда от кадри в здравеопазването.

За коя година става въпрос?

91-ва. Преди 89-та година щях да съм с компас и раничка.

Значи решението беше лесно?

Да. За един месец престой в държавна болница не чух думата „няма“. Кой би се отказал от такава възможност? Не забравяйте, че през 91-ва в България имаше купонна система и рафтовете на магазините бяха празни. Аналогична беше ситуацията в болниците. Аз бях попаднала в съвършено различен свят.

А колко време Ви отне, за да свикнете с тамошните порядки, отношения? Все пак извън Европа, няма ги европейските нрави.

Нека да внеса една яснота. Говоря за 1991-ва г., когато начело на държавата Южна Африка беше г-н Фредерик Де Клерк. По името му личи, че нито е зулус, нито тсвана. Заварих английската система на здравеопазване, която за България все още е мираж.

Към днешна дата?

Към днешна дата, да. Уточнявам, че говоря за държавна болница в малко населено място. Тя е изградена като павилионна система, каквото е устройството и на всички останали от този тип.

Единствено Йоханесбургската академична болница представлява един мастодонт, огромно здание.

Всяка болница се управлява от триумвират – CEO, главен лекар по медицинската част и главна сестра. Тя има съществена роля в управлението. Там битува идеята, че лекарят е „посетител“ в някакъв часови диапазон. Медицинските сестри са тези, които са 24 часа с болните и интересен факт е, че те имат пагони, както у нас военните. На пагоните има различни обозначения на чина. Образованието за мед. сестра продължава три години и дава право на работа като младша. След това, ако иска да расте в кариерата, трябва да учи още две години. Ако пък иска да стане операционна сестра – още три години. След всяко обучение добавя по една нашивка, докато стигне поста главна сестра. Главната сестра там е вече нещо уникално. Тя е тази, която движи всичко, отнасящо се до пациенти и сестрински състав. Там субординацията е жестока. Нямаме представа какво значи старша сестра да минава по коридорите. А тя е непрекъснато там. В болницата, в която работех, имаха три офиса, в които никога не можеше да ги намериш. Принципатът е, че медицинските специалисти трябва да са между болните. Работих в държавни болници, в които няма лекарски кабинети. Просто няма. Денят ти започва с визитация между болните, продължава и завършва там – това е твоето място.

А как Ви приеха? Имаше ли приравнителни изпити?

Не. Имаха огромна нужда кадри, затова – на „юнашки доверие“, по документи. Интервюто продължи 6 минути, колкото да видят, че имам две очи и две ръце. След това, в рамките на 48 часа, си под наблюдение на инспектиращите старши колеги, които на практика не виждаш.

А какво е нивото конкретно на Вашата специалност там и тук?

Аз там работих в държавните болници, които тук се равняват на болниците в Селиево и Радомир напр. Има частни болници, които са



Медицинските сестри в ЮАР носят нашивки според ранга им

друг свят и не съм запозната с нещата „от кухнята“ в тях.

А здравеопазването достъпно ли е за всеки там?

ЮАР има над 70 млн. души население. Всяко гето си има болница. То се състои от 2-2,5 млн. души и си е едно градче. Има си кметство, има си управа. Населението се обслужва само от едно болнично заведение със 700 легла и общ състав на лекарите – 70, заедно със стажанти.

Аз работех в АГ отделение, въпреки че там важи правилото, че ти си лекар и работиш, където има нужда. Работи се там, където има недостиг на лекари. Нямаш право да откажеш, защото така функционира системата. Ако откажеш, те освобождават.

Защо са склонни да се освободят от някого с лека ръка?

Защото вървиш срещу системата. На мен самата ми се наложи да давам дежурства в спешна помощ. Обаче има нещо друго. Те са изключителни професионалисти, които знаят, че за тях е много по-изгодно да ме използват като специалист в съответното отделение, отколкото да ме пратят, примерно, да стана вътрешен лекар.

А как е устроена тяхната система на здравеопазване?

Болницата, за която говоря е 700 легла. Обслужва 2,5 млн. население. Опашката, която се вие сутрин е 500 м., 3-4 редна. Говоря за държавна болница, в която се лекуват неосигурени лица, които са доста, заради масовата безработица. За да си отвори ИЗ, пациентът плаща „сериозна“ сума от около €1,5. Поне такава беше допреди 5 години. След като попадне в лечебното заведение, на пациента се правят всички необходими изследвания и се насочва към специалист.

Няма път, няма пътечка. В случай, че се налага хоспитализация и при наличие на мултизаболяване, тя става според водещото. Оттам нататък специалистите по останалите заболявания посещават пациента на място.

Срещу €1,5 пациентът е приет, лекуван, консултиран. Ако се наложи чернодробна трансплантация, тя се извършва в университетските болници. Правят се средно по 7 на ден. Във въпросната сума е включен и периодът за възстановяване. При изписването пациентът получава рецепта, която се изпълнява от болнична аптека и не се дължи нищо повече от първоначалната такса. След 1 месец следва контролен преглед, отново срещу същата сума и при същите условия.

И в този ред на мисли – за годините на престоя ми там не станах свидетел на каквато и да било кампания за набиране на средства за лечение.

Ако се опитаме да го приравним към българската реалност?

Осигурените лица в ЮАР имат т.нар. медицинска застраховка. Въпрос на преговори с работодателя е какви да бъдат параметрите ѝ. Тук вече говорим за много висока степен на здравно осигуряване. В случай на медицинско застрахователно събитие, пострадалият постъпва в частната болница. Първият въпрос там е: „Имате ли застраховка?“. Приемаша сестра проверява редовността на вноските. След това вече попадаш в космическото пространство.

Как са организирани дежурствата в държавните болници?

Работното време е от 8 до 16 ч., от понеделник до петък. Обаче това не значи, че в 15,58 ч. се преобличаш.

Всъщност там няма престилки. В родилна зала се работи цивилен. Единственото преобличане е само в операционната, където вече са драконовски мерки. Вие решавате дали да си сложите гумена престилка, за да не се изцапате. Но да се върна на дежурствата. Истината е, че можеш да си тръгнеш, когато си си свършил работата.

Каквото си започнал, трябва да се довърши?

Да вземем за пример АГ отделение, което е 120 легла. Родилна зала 15 активни легла, операционна и две клиници – гинекологична и женска консултация. Броят на лекарите в това отделение е 7, като един е след нощно д-во, а другият – дежурен. Говоря за родилно отделение, в което има между 14 и 17 хил. раждания годишно, 40-50/денонощие. Там дежурствата са 24 часа.

Как се издържа толкова време при тези цифри?

Ще цитирам главния лекар: „Не помня да съм те викал. Написал си молба...“. Дежурният лекар е един, другият е стажант, който е завършил „вчера“. Стажантът обработва болните и ги разпределя, защото титулярният лекар, при 1500 раждания на месец, получава 13-14 цезарови сечения на денонощие. Всеки си организира работата така, че тя да бъде свършена. Дежурният стажант лекар или акушерката в родилната зала, ако имат притеснения как върви раждането, се консултират със старшия ординатор. Той от своя страна пък взима окончателното решение.

Стажантите там могат ли да работят без супервизия на ординатор?

Хоспитализираните болни се приемат от дежурния стажант лекар в съответното отделение, който, ако има въпроси, се консултира със

старшия ординатор. Тогава ординаторът взима окончателното решение.

При ординаторите има степени – младши, среден и старши. Има и консултант, с когото можеш се посъветваш в случай на нужда.

Там случвало ли Ви се е да се сблъскате с вербална или физическа агресия спрямо лекар?

От страна на пациент?!!

Да. Това, което тук стана ежедневно.

Това там е нечувано. Обикновен, болен пациент да дойде и да те атакува вербално – не. Там все още съществува правилото на старите българи – да сваля шапка като срещне доктора.

Тук медицинските специалисти са възприемани като „слуги“ на обществото. Докато съществува това вярване, никога няма да се оправят нещата в България. Не може някой, който и да е той – от чистача, през парамедика до главния лекар – да бъде възприеман по този начин. След като е създадена тази представа, защо се възмущавате, че сме обект на агресия? Трябва да се промени от най-високо ниво съзнанието на хората в посока на това, че говорим за една висококвалифицирана професия. Тук възниква противоречие обаче, защото лекарят е приравнен на търговец. В България думата „търговец“ е обидна, както „бирник“ или „чорбаджия“ навремето. И когато ти си сложил едни огромни надписи „Търговско дружество!“, как искаш уважение?! За хората думичката „търговия“ е магическа. Това означава: „аз отивам, за да платя и да си купя нещо“. Съответно той идва и ме купува мен като лекар. В ЮАР мисленето е съвсем различно – там се уважава фактът, че някой се труди, макар и за скромна заплата. С нея той храни 5 човека. Това са хора, които трудно могат да се доберат до медицинско обслужване. А страдат и са много болни. Да не забравяме, че 43% от населението е носител на вируса на СПИН.

Населението живее в условия на тежка немотия?

Съществуват райони в ЮАР, в които най-близкото здравно заведение е на 10-12 км. Няма коли и всички се придвижват пеша или на носилка. Те добре знаят цената на това, което получават. Там познават страданията, болестите и нямането отблизо. Хората са болни, но и благодарни за всяко нещо, което се прави за тях.

НОВА ТЕХНОЛОГИЯ ЗАМЕНЯ ЛИПСВАЩИ ЧЕРЕПНИ КОСТИ

Индивидуални 3D PEEK импланти често са единствена алтернатива при пациенти, пострадали при тежки травми

Нова технология за възстановяване на липсващи или счупени кости на черепа, която е все по-разпространена по света, но досега не се прилагаше в България, вече е достъпна за пациентите в УМБАЛ „Св. Иван Рилски“.

Обикновено такива дефекти се получават при автомобилни катастрофи, височинни травми или тежка инфекция на черепната кост (например остиомиелит), която я „разяжда“, обяснява д-р Асен Хаджиянев, който въведе иновативната технология у нас.

Досега единствената алтернатива за пациенти с подобни травми беше покриването на дефекта с плоска титаниева мрежа, която в някои случаи може да не приляга така точно, както индивидуалния 3D PEEK им-

плант.

Изработката на импланта се осъществява след образното изследване. Изготвя се компютърен модел и се отпечатва на 3D принтер. Накрая се произвежда в специализирана лаборатория, като преди да стигне до пациента, минава през процедура по дезинфекция.

Всяка деформация на костта е различна, съответно и изделието също е индивидуално всеки път, което го прави много скъпо, разказва д-р Хаджиянев, който е началник на Сектор „Запад“ към Клиниката по неврохирургия. Това е и причината досега само на трима пациенти да са поставени такива индивидуални 3D импланти в УМБАЛ „Св. Иван Рилски“.



Първият приложен 3D имплант у нас

При всички лекувани ефектът е бил изключителен – не само козметичен, но и протективен, тъй като твърдата мозъчна обвивка служи като преграда между кожата и мозъка.



Д-р Асен Хаджиянев

В противен случай тези хора живеят с „дефект в черепа“, което е много високо рисково, тъй като една банална битова травма, например вкътци – пациентът става и си удря главата в шкафа, може да доведе до тежка контузия на мозъка, кръвоизлив и дори смърт, разяснява неврохирургът.

За съжаление изработването на индивидуален 3D PEEK имплант е скъпо и не се реимбурсира от НЗОК. Това налага пациентите да се самофинансират или да използват допълнителните фондове за здравно осигуряване.

Защо жените страдат по-често от Алцхаймер?

Нови изследвания разкриват причините за феномена

Според статистиката броят на жените, които страдат от болестта на Алцхаймер и деменция, е по-голям от този на мъжете. Смяташе се, че основната причина за това е по-дългата продължителност на живота при нежния пол. Това обаче може да не е цялата истина.

Повечето хора развиват болестта след като навършат 65 години, но тя може да се появи и при по-млади хора. А ново проучване доказва, че по-честата заболяемост при жените може да се дължи на различната функционална свързаност в мозъците на различните полове.

Учените от Университета Вандербилт са изследвали мозъците на хиляди мъже и жени, обръщайки специално внимание на протеин наречен тау.

Натрупването на таупротейн и бета-амилоид в мозъка е честа причина за поява на болестта на Алцхаймер. Те образуват опасни



съсиреци, които водят до смърт на мозъчните клетки и проблеми с паметта.

Учените открили разлика между начина, по който протеин тау се разпространява в областите на мозъка при двата пола.

Оказва се, че жените имат по-добра функционална свързаност в областите на мозъка, където въпросният таупротейн се формира. По този начин женските мозъци могат да бъдат

изложени на риск от по-бързо разпространение на въпросния протеин и респективно по този начин когнитивните им функции да бъдат по-лесно засегнати.

Изследването на учените от Университета Вандербилт беше представено на международната конференция на Асоциацията на болестта на Алцхаймер в Лос Анджелис и все още не е рецензирано от научната общност.

Апарат запазва косата по време на химиотерапия

Онкологичният център в Пловдив е първото лечебно заведение в града с подобна техника

Комплексният онкологичен център в Пловдив е първото лечебно заведение в града, разполагащо с апарат за запазване на косата по време на химиотерапия. Това става възможно чрез специалната система за охлаждане на скалпа. Такава техника у нас има единствено в София.

По време на химиотерапия при онкоболните се получава увреждане на космените фоликули от самото лекарствено лечение. Загубата на коса влияе на самочувствието и на емоционалното състояние, особено при жените. Заедно с тежката борба с диагнозата, това може да доведе до сериозен стрес за организма.

Благодарение на новата апаратура в Онкологичния център в Пловдив, пациентите ще могат да запазят косата си, докато преминават през

химиотерапия.

Използването на системата е изключително лесно, неинвазивно и удобно за пациента. Апаратът не позволява молекулите на лекарствата да достигат до клетките на косъма и по този начин се предотвратява загубата на коса.

Системата за охлаждане на скалпа може да се прилага при химиотерапия при солидни тумори и лечение с Таксани, Антрациклини и алкиращи препарати. Не се използва при злокачествени заболявания на кръвта, при наличие на студова алергия, при облъчен с лъчетерапия череп и налични метастази по скалпа.

В Европа системата Паксман – наречена на името на жената, болна от рак, чийто съпруг изобретява апарата,

се прилага изключително успешно и ефективно. Използва се масово в Англия, Норвегия Швейцария. Резултатите показват 78% намаляване на риска от опадане на косата – напълно или в малка степен. Процедурата с апарата не се поема от Здравната каса у нас.



Апаратът „Паксман“ в КОЦ-Пловдив

Лекари разделиха близници с общи части от мозъка

Медицинското чудо беше сътворено от екип британски лекари



След повече от 50 часа операции, двегодишни сиами близначки, съединени в областта на главата, бяха успешно разделени.

Деца - Сафа и Марва Ула, са изписани от лондонската болница "Грейт Ормънд стрийт хоспитал" на 1 юли, пет месеца след последната интервенция. Състоянието им бавно, но непрекъснато се подобрява.

Процесът на разделянето е сложен и дълъг. Той се провежда на няколко етапа и серия от операции. Един от ръководителите на хирургическия екип - Дейвид Джей Дънауей обяви пред медиите, че при интервенциите е използвано авангардно оборудване, включително виртуална реалност и образна техника.

Експертите са използва-

ли и 3D моделиране, за да създадат копие на главите на децата, върху което неврохирурзите да тренират. След това са визуализирали структурата на черепа им, както и кръвоносните съдове, така че да могат да ги възстановят напълно.

Сафа и Марва Ула са родени в Пакистан през януари 2017 г. Части от мозъците им са били общи

- т.нар. краниопагус. Подобни случаи са изключително редки – по-малко от едно на милион раждания. Повечето бебета не оцеляват след първия месец.

Болницата в Лондон, в която е извършена уникалната операция, вече има опит при разделянето на две двойки сиами близници - през 2006 г. и 2011 г.



Сафа и Марва Ула преди разделянето им

Успешна колаборация между частна и държавна болница спаси живота на водещ анестезиолог

Сътрудничество между столичната УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ и частната Аджъбадем Сити Клиник, Сърдечно-съдов център спаси живота на водещ столичен анестезиолог

На 17 юли един от най-добрите и опитни анестезиолози в УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ отива на работа, както обикновено и след обичайния рапорт влиза в операция. От повече от седмица лекарят споделял с колегите си, че се чувства отпаднал, но заради летните отпуски и намаления състав решава да продължи да работи. Към обяд изведнъж му прилошава. Спешните изследвания, направени на място, показват страшна диагноза: масивна белодробна емболия – състояние почти несъвместимо с живота.

Белодробните емболии са водеща причина за смърт в света, по-точно - в индустриално развитите страни. Те са на трето място след сърдечно-съдовите и раковите заболявания.

Колегите му веднага се обаждат в Сити Клиник, където е най-добрият център за инвазивна кардиология в България. Там е проф. д-р Иво Петров,

който веднага откликва. Медицинският директор на Сити Клиник праща реаномобил на болницата, който да вземе пострадалия. В сърдечно-съдовия център вече всичко е подготвено за спешната интервенция.

От линейката пациентът е вкаран направо в операционната зала. Вече всичко е в ръцете на проф. Иво Петров. Следват напрегнати минути на очакване и накрая заветното обаждане от него идва. Поредният пациент е спасен.

По света подобни случаи много рядко завършват с успех, защото трябва да се действа буквално за минути. В случая има щастливо стечение на обстоятелства, а именно че инцидентът се е случил в болница.

От УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ изказа благодарност към проф. Иво Петров и неговия екип като го нарекоха „лекар на световно ниво, който сътвори поредното чудо.“

ЕНДОМЕТРИОЗА, БИОПРИНТИРАНЕ И НАЙ-НОВОТО ОТ НАСОКИТЕ НА ESHRE НА ПРЕДСТОЯЩИЯ СОФИЙСКИ СИМПОЗИУМ ПО РЕПРОДУКТИВНА МЕДИЦИНА

Какви тенденции откроява Европейската асоциация по човешка репродукция и ембриология (ESHRE) в правилника си за овариална стимулация ще представи проф. Таня Тимева на предстоящия тринадесети Софийски симпозиум по репродуктивна медицина, който ще се проведе на 11 и 12 октомври. Събитието се организира от Института по репродуктивно здраве и Медицински комплекс „Д-р Щерев“ и ще се състои в зала 6 на НДК. Събитието традиционно ще бъде открито от проф. Атанас Щерев с лекция за най-новите тенденции в областта на асистираната репродукция.

Правилниците на ESHRE са коректив на специалистите, работещи в областта на репродуктивната медицина и ембриологията, в световен мащаб. Те са във фокуса на панела, посветен на асистираните репродуктивни технологии. Насоките, касаещи лечението на пациенти с диагноза синдром на поликистозните яйчници, ще представи световният доайен в репродуктивната медицина проф. Рой Хомбург. По думите му, 5 до 10% от жените в репродуктивна възраст носят тази диагноза, което е значима част от популацията.



Сред останалите теми, свързани с асистираната репродукция, са инвитро лечението при пациентки на и над 41-годишна възраст – за това ще говори проф. Ошрид Лейбовиц (Израел), както и специалното внимание, което заслужава лутеалната фаза по време на инви-

тро процедурата, разглеждана подробно от д-р Джилиан Локууд (Великобритания). Доц. Мария Юнакова пък ще се фокусира върху влиянието на покачването на серумните нива на прогестерона по време на контролираната овариална хиперстимулация върху

изхода от лечението.

Сред останалите международни лектори са проф. Жак Донне (Белгия), който ще разгледа най-съвременните форми на лечение на миоми, д-р Джоан Мутер (Великобритания) с фокус върху ендометриума и повтарящите се спонтанни аборт, д-р Майкъл Карол (Великобритания) с въпроси за начина на живот и влиянието му върху качеството на спермата, и проф. Инг Чеонг (Великобритания) с новости от връзката между ендометриозата и инфертилитета. Силно международно присъствие се очертава и по време на панела, посветен на феталната медицина. Сесията ще представи най-съвременните тенденции в надлежното проследяване на бременност, продиктувани от световно признатата школа на проф. Кипрос Николаидес. Сред лекторите, поканени от д-р Петя Чавеева, са проф. Белен Сантакруз, д-р Мая Брик и д-р Мария Дел Мар Гил, от които делегатите очакват новини, но и полезни знания, организирани като hands-on сесия.

Сред ключовите моменти от научната програма ще бъде телемедицината – по време на симпозиума от операционни и лаборато-

рии ще се излъчват съвременни форми на операционно лечение и лабораторна диагностика. За четвърта поредна година събитието ще включи и паралелна сесия за акушерки, която ще включва практически обучения и лекционни сесии от български и чуждестранни специалисти. Те ще представят последните тенденции в грижата за жените в различни сфери от акушерството и гинекологията, както и за най-малките – новородените.

Лекарите и медицинските специалисти, които искат да присъстват на авторитетното научно събитие, трябва предварително да се регистрират на сайта на Института по репродуктивно здраве (<https://www.reproduktivnozdrave.org/>). Всички делегати на тринадесетото издание на Софийския симпозиум по репродуктивна медицина ще получат Удостоверения за кредитна оценка от Българския лекарски съюз, които са част от системата за следдипломно обучение. За делегати кредитната оценка е в размер на 13 точки, а за лектори – 23 точки.

Медиен партньор на събитието е в. „Quo vadis“.

РЕКЛАМНИ ТАРИФИ

за вестник „QUO VADIS“ Национално издание на Българския лекарски съюз



СЕРТИФИКАТИ ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА (ЗА РАБОТА В ЧУЖБИНА)

НЕОБХОДИМИ СА КОПИЯ ОТ:

1. ЛИЧНА КАРТА
2. ДИПЛОМА ЗА ВИСШЕ ОБРАЗОВАНИЕ
3. ДИПЛОМА ЗА СПЕЦИАЛНОСТ
4. УДОСТОВЕРЕНИЕ ОТ РЛК НА БЛС ЗА ЧЛЕНСТВО И ДОБРА ПРАКТИКА

За контакти:

Ирен Борисова
02/954 94-60;
0899 90 66 47

Яна Кръстева
0899 906 655

ПЪРВА СТРАНИЦА

Цвят	Под главата	Долна част
Черно-бяла	2,00лв./кв. см	1,70лв./кв. см
Плюс един цвят	2,50лв./кв. см	1,90лв./кв. см
Четири цвята	3,00лв./кв. см	2,20лв./кв. см

Цвят	Вътрешна страница
Черно-бяла	1,20лв./кв. см
Плюс един цвят	1,60лв./кв. см
Четири цвята	2,00лв./кв. см

Цвят	Последна страница
Черно-бяла	1,50лв./кв. см
Плюс един цвят	1,80лв./кв. см
Четири цвята	2,40лв./кв. см

Цените са без ДДС.

Лого - първа страница под главата - 250 лв.

PR материали - 1.80 лв./кв. см, с възможност за включване на цветно каре до 15% от общия обем на материала.

Отстъпки:

За сума : 1500 - 3000 лв. - 7% 3000 - 4500 лв. - 10%
4500 - 6000 лв. - 13% 6000 - 10 000 лв. - 20%

Изработване на рекламно каре: 0.30лв./кв. см.

I. Информация за сайта:

www.blsbg.com е официалният сайт на Българския лекарски съюз.

- Нормативни актове
- Актуален регистър на лекарите в Република България
- Актуална информация и новини

II. Рекламен период:

Рекламните кампании в сайта могат да се осъществяват за период не по-малък от 5-7 дни.

Стандартните периоди на реклама, които предлагаме са за: 7 дни, 15 дни, 1 месец, 2 до 6 месеца.

III. Рекламни тарифи:

1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

банери	Размери:	без	с
		препращане	
JPEG	195 x 105 px	15 лв.	20 лв.
банер	200 x 133 px	18 лв.	25 лв.
(статичен)	200 x 266 px	26 лв.	29 лв.
FLASH	200 x 133px	25 лв.	30 лв.
банер	200 x 266 px	37 лв.	40 лв.

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

1 месец	- 10%	4 месеца	- 22%
2 месеца	- 15%	5 месеца	- 25%
3 месеца	- 20%	6 месеца	- 30%

2. Текстови обяви / Платени публикации:

	7 дни	15 дни	1 месец	2 - 6 месеца
до 450 знака	15 лв.	10% отстъпка	15% отстъпка	20% - 30%
от 450 до 1000 знака	22 лв. отстъпка			
над 1000 знака	34 лв.			
с включен текстов линк	плюс 5 лв.			

3. Нестандартни рекламни форми:

За изработване на нестандартни рекламни форми цените са по договаряне в зависимост от сложността. Всяка нестандартна рекламна форма се публикува на сайта след проверка от техническо лице.

IV. Плащане:

1. Договорните суми за реклама се заплащат не по-късно от 1 (един) работен ден преди старта на рекламата.

2. При неспазване на сроковете БЛС си запазва правото да отложи рекламната кампания.

3. Рекламодателят получава фактура след извършване на плащането.

V. Забележки:

✓ Рекламите се публикуват на всички страници на сайта.

✓ Цените не включват ДДС.

✓ Цени за реклами над 6 месеца - по договаряне

✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

QUO VADIS

Редакционно броят е приключен на 31. 07. 2019 г.

Адрес на редакцията:

София, бул. „Акад. Иван Евст. Гешов“ 15,
НЦОЗА Български Лекарски Съюз
Тел.: 359 8 999 0 66 44

Главен редактор: Георги Радев

Репортер: Милена Енчева

Email: quovadis@blsbg.com

Предпечат: Ан-Ди

Експонация и печат: „Печатница - София“

140 ГОДИНИ УМБАЛ БУРГАС Е СЪЛЪ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В РЕГИОНА

140 години навършва тази година УМБАЛ Бургас. Въпреки трудностите и промените, десетилетия след основаването си, тя продължава да бъде стълб на здравеопазването не само в регион Бургас, а и за съседните Сливен и Ямбол. Годишно през болницата преминават над 35 000 пациенти – населението на един средно голям български град.

Минало

Преди Освобождението в Бургас работи един-единствен лекар – австриецът д-р Андрея Нидер. Днес улица в близост до пристанището носи неговото име.

Непосредствено след Освобождението градският съвет, под председателството на кмета Нико Попов, иска в Бургас да се уреди градска болница и на 19 февруари 1879 г. тя е създадена. Тази дата се счита за рождена дата на Бургаската болница.



Първата сграда на болницата – Бургаското казино

„Съгласно необходимата нужда, която днес град Бургас има от една градска болница, Бургаският съвет, като счита за своя длъжност и че нему принадлежи да тури в ред тая работа, намери колко годе сгоден за тази цел дома на турчина Гафаара, който с немного разности за поправка ще може да служи привременно за градска болница. Съветът пресметна, че за нареждането на болницата с по-нужните потребности, т.е. да се приготвят одрове, завивки, постелки, столове и други неизбежни потребности за двадесет и осем души, са нужни не по-малко от четиристотин франка, а разходите, които ще последват подир болните до излекуването им, засега не са известни доколко ще бъдат...“ четем в решението на Градския съвет. За издръжка на болницата е било решено да бъдат отделяни годишно по 10% от градския бюджет.

През първата половина на 1880 г. къщата става тясна за нуждите на болницата и от дървен материал е построена болница с 32 легла. Тя се намирала там, където сега е Летният театър. Построена е изцяло със средства на градската община и Червенокръстското дружество „Свети Пантелеймон“. Именува се „Градска болница „Св. Пантелеймон“. В тази болница през 1899 г. са извършени първите за Бургас 57 операции. На 15.X.1896 г. се взема решение за строителство на нова болница, „от която Бургас има належаща нужда, на най-висок пункт върху местата, находящи се в края на старите лозя при вятърната мелница“ (близо до Трета поликлиника, на мястото на сегашния охраняем паркинг). Новата болница е открита на 5 октомври 1902 г.



Сградата на болницата, построена през 1902 г.

Построена е за уникално кратък срок. В нея бургаските жители получават медицинска помощ повече от 100 години. Създават се нови отделения, на различни места в града. През 1943 г. е разкрито Родилно отделение. Дотогава жените са раждали вкъщи.



1951-1961 г. – тогава е решено да бъдат събрани в едно всички пръснати в града отделения и да се построи нова болница

През 1951 г. правителството решава да обедини поликлиничната с болничната част и да събере на едно място пръснатите отделения. Това се случва на 5 септември 1969 г., когато е открита новата 12-етажна сграда, използвана и до момента. След 17 години строителство се открива и настоящият хирургичен корпус – в началото на 1996 г.



1969 г. – открит е високият корпус на болницата, който се използва и до момента. Бил е обединен с Първа поликлиника

Най-голяма заслуга за издирването и съхранението на историята на болницата е на д-р Кънчо Марангозов, известен български общественик и дългогодишен главен лекар на болницата. И досега неговата книга „Бургаската болница. История, страсти, размисли.“ е най-пълният труд за това уникално лечебно заведение.

Настояще

Името на Бургаската болница е променяно повече от десет пъти. Но за бургазлии тя си остава просто „Бургаската болница“. Единствената, която осигурява спешна помощ 24 часа в денонощието, 7 дни в седмицата. Поколения са лекарите, които са започнали тук своя професионален път. След това по техните стъпки поемат техните деца и внуци. Бургаската болница е ковачницата на кадри, които впоследствие работят във всички частни болници в Бургас и региона. Болницата е част от системата на националната сигурност, което бе доказано от реакцията на медиците при атентата на летище Бургас през 2012 г. и отличията, присъдени на участниците в спасяването на пострадалите от БЛС, правителството на България и Израел.

Тук работят 938 души, от които над 200 лекари. Отделенията и клиничните звена са 34. Продължава разкриването на нови.

През 2013 г. е създадено Отделение

по долекуване и продължително лечение. След повече от 30 години чакане е открито новото Отделение по инфекциозни болести. Дотогава то се помещава в старата сграда, далеч от болницата, с много тежки битови условия както за болните, така и за персонала.



2013 г. – новото Инфекционно отделение

На 13.VII.2016 г. с решение на МС МБАЛ Бургас става Университетска болница. Разкрита е и първата Клиника – по съдова хирургия. Болницата е база за специализация и стажове на студенти по медицина и медицински сестри от всички ВУЗ-ове в страната.

Броят на операциите надхвърля 10 000 на година. През 2019 г. заработи новото Кожно отделение. Бе изградена дълго чакана нова сграда и за Отделението по трансфузионна хематология, с амбицията то да се превърне в Регионален кръвен център.



Новата сграда на Отделението по трансфузионна хематология

В годините от 10 ноември 1989 г., 12 директори са дали своя принос за развитието на болницата: д-р Кънчо Марангозов, Мими Сарафова, д-р Силва Шивачева, д-р Лорис Мануелян, д-р Валентин Стоев, д-р Димитър Илиев, д-р Валентин Стоев, д-р Боян Будаков, проф. д-р Стефан Станчев, д-р Георги Матев, доц. д-р Петко Танев, д-р Мирослав Обрейков. С кратко прекъсване от 2014 г. и до момента изпълнителен директор на УМБАЛ Бургас е д-р Бойко Миразчийски. Почти целият му трудов стаж е преминал в тази болница.



Д-р Бойко Миразчийски (изпълнителен директор на УМБАЛ Бургас)

Бъдеще

„Предполагам, че към 2020 г. Бургаската болница ще прерасне в клинична с възможности за специализация почти по всички медицински специалности на практическата медицина“ – това са финалните думи в книгата на бившия директор на болницата д-р Кънчо Марангозов. Главата е посветена на размисли за бъдещето на болницата и е писана през 2007 г. 13 години по-късно, тези пророчески думи вече са се сбъднали.

В статията са използвани материали от книгата на д-р Кънчо Марангозов, снимки от архива на УМБАЛ Бургас, личен архив и Държавен архив – Бургас

Поздравителен адрес от БЛС

В деня, когато България стана част от картата на световния тероризъм, българските лекари демонстрираха безупречен професионализъм и незабавна реакция. С отлична организация, всички лекари от МБАЛ-Бургас и екипите на Центъра за спешна медицинска помощ се справиха и овладяха ситуацията по начин, достоен за най-високата оценка, и доказаха още веднъж, че всички български лекари не отстъпват със своята квалификация на световните медицински практики. Присъединяването на екипите от София и Варна доказа още веднъж и единството на съсловието в трудни моменти.

УВАЖАЕМИ КОЛЕГИ,

Приемете искрените поздравления на Управителния съвет и цялото ръководство на Български лекарски съюз, пожелания за здраве и професионално дълголетие.



Д-Р ЦВЕТАН РАЙЧИНОВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС

МИГ ОТ ЖИВОТА, УВЕКОВЕЧЕН С ДУМИ



Пред Бялата джамия в ОАЕ



ДА НАМЕРИШ СЕБЕ СИ

Любовта към медицината се ражда у д-р Невин Садъкова още в детството ѝ. Нейната майка е била учител по география, но с изяви интереси към най-хуманната професия, на което се дължи и богатата медицинска библиотека в семейството ѝ. Често близки са търсели съвет от майката на Невин, а диагностите се оказвали точни.

Така се оформя интересът и любовта към тази благородна професия. За нея д-р Садъкова казва: „Да станеш лекар изисква много години труд и всеотдайност, а и вече започнал да работи, медикът трябва да продължава да следи новостите в своята област, за да бъде винаги добър специалист. Това коства много и за семейството му, особено ако лекарят е още съпруга и майка.“

ДА НАМЕРИШ СЕБЕ СИ

Бях тръгнала към върха на планината,
но някъде в подножието и се намираше гора.
Уверено закрачих, смятайки, че всеки път
ще води към върха.
Вървах, вървах, но като че ли в кръг се движех, а
Слънцето започна да преваля...
Стана ми студено. Бях
забравила опасностите на гората.
Сърцето ми се сви. Не знаех кой път да поема. И
как да стигна до върха на планината.
... Изпаднала във отчаяние, съзрях между дърветата
да се прокрадва сянка на човек. Добър, усмихнат,
той разбра уплахата ми ... И щедро ми подаде длан.
Усетих сигурност и топлина, и макар и непознат –
уверено закрачих след човека ... Заведе ме
в уютния си горски дом, камината запали
и ми предложи стол да седна. Попита ме
къде отивам?
- Към върха.
- Ще ти помогна! - и започна да ми обяснява,
а аз го слушах във захлас и тъй
не съм разбрала как съм се унесла ... Събудих се
след време. Камината угаснала, завивката ми паднала,
а аз свита на стола, треперя.
В първия миг се чудех не сънувам ли. Но когато
погледнах към все още люшкация се стол до мен,
разбрах, че всичко това е истина.
Веднага си припомних казаното от мъжа.
Излязох от къщата, учудена
от странното гостоприемство и тръгнах отново,
уверена,
че знам кой път ще ме отведе до върха.
Бях благодарна на този човек и макар и непознат
той влезе в сърцето ми. Когато
узнах това, изумлението ми бе голямо. После
много по – късно,
разбрах, че той ми бе показал своя път,
а това всъщност беше пътят,
който аз изгубих...

ПЪРВИТЕ СЪПКИ

Първото си стихотворение Невин написва, когато е на 7 г. - докато си играе с едно слонче, от устата ѝ излизат спонтанно стиховете:

Аз съм чичо слон, идвам от Бон.
Кутих си билет. Качих се на самолет.
Летях, летях, летях, в България се спрях.
Видях там дечица, как играят ръченица.
Весели и пременени, с бузки алени, червени.

Талантът е забелязан от майка ѝ, която непрекъснато я поощрява в писането. Така се раждат и първите детски стихотворения, публикувани в тогавашната преса: в „Септемврийче“, в „Септември“, в „Народна младеж“, „Росица“, сп. „Пламъче“ и др. През 1982 г. и 1984 г. са публикувани есетата на д-р Садъкова – „Най-чистата човешка доброта“ и „Поглеждай и назад“. Когато става на 16 г., Невин решава, че е готова да премине към писането на по-зрели стихотворения и изхвърля всички тетрадки с досегашните си творби. Запазва само публикациите в пресата.

Авторът на химна на ОПЛ д-р Невин Садъкова за страстта ѝ към поезията



ПЪТЯТ НА ПОЕЗИЯТА

След 2000 г. творби на младата лекарка са публикувани в регионални и национални български и турски вестници, списания, алманаси, включително и на турски език. Участвала е в литературни четения в обл. Кърджали.

Обикновено пише за чувствата, които обхващат човек в дадени моменти. Посвещавала е стихотворения на родителите си и понякога на чужд човек, чиято история я е трогнала от сърце.

Двете с майка ѝ се свързват с поета Ал. Геров и му изпращат стиховете на младата поетеса. Той ги оценява високо и ги изпраща в различни вестници и списания. Комуникацията с него продължава в годините и дори един път го посещава в дома му, където му показва новите си, вече зрели стихове. Той я съветва да ги изпрати в издателство. Желанието на Невин да му подари екземпляр от първата си стихосбирка не се сбъдва, заради кончината на поета.

РАВНОСМЕТКАТА И ДУМИТЕ КАТО ЕНЕРГИЯ

Д-р Н. Садъкова има зад гърба си над 120 стихотворения. Тя ги нарича „свои деца“ и ги обича еднакво; не може да каже кое ѝ е любимо.

Това, което знае със сигурност е, че пише „стихове само когато ѝ се спуснат отгоре“ и добавя: „Може би звучи странно, но го чувствам така. Затова и стиховете ми са малко.“

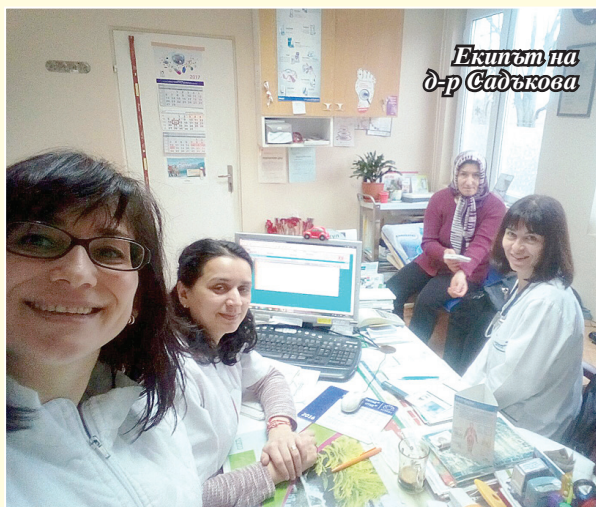
За д-р Садъкова словото изразява вътрешния мир на човека, неговите познания и затова поетесата лекар се обгражда с хора с богата душевност. Думите за нея са оръжие и лек и затова трябва да се подбират много точно – те могат да нараняват и да загрозяват словото, те са мерило за това дали владеем езика си.

РАВНОСМЕТКА

Преди години
ти не посмя да застанеш
очи в очи срещу мен,
да ме погледнеш и промълвиш:
„До тук. От утре сме непознати!“
Сега отново не смееш
да застанеш пред мен.
От какво се страхуваш?
Нима злото, което ми причини
все още помежду ни се рее?
Нима нечия гузна съвест
не се е разпръснала на парченца?
Аз ти простих, макар че ограби живота ми.
Но ти също прости,
че искам от тебе отплата.



Екзотът на д-р Садъкова



Семейна почивка
Антاليا

ХИМНА НА ОПЛ

Д-р Невин Садъкова е автор на химна на ОПЛ в България. Идеята за написването му се ражда на юбилеен конгрес по Обща медицина. По това време д-р Садъкова се грижи за малката си дъщеря и въпреки грижите около детето се отзовава и написва текста на химна. Сама се свързва с композитора Радост Попова и аранжора Димитър Ганев, а песента е изпълнена от Атанас Атанасов-Наско, актьор в кърджалийския театър.

ЖИВОТ ЗА ВСИЧКИ

(Химн на ОПЛ)

Ти разгоря във всеки дом надежда,
пристигаш ти като светлина.
Очите с топла вяра в теб се вглеждат
за теб тупти в сърцата любовта.
С топла вяра
в сърцата искрени за теб е любовта.

Защото твоя дълг е да обичаш.
Изпълнен с труд нелек е твоя ден.
Живота твой е посветен на всички,
на здравето човешко посветен.

Припев:

Срещу злината тъмна и суетна
под твоя син и вечен небосвод
единни с Хипократовата клетва
докрай ще браним всеки миг живот.

Твоята съдба и дълг е да обичаш.
Изпълнен с труд нелек е твоя ден.
Живота твой е посветен на всички,
на здравето човешко посветен.

СВЕТЪТ НА КНИГИТЕ И СЛОВОТО

Философските текстове са сред любимите четива на талантливата лекарка. Макар че няма любим автор, често препрочита книгите на Боян Пенев. Избира какво да чете в зависимост от момента и емоционалното ѝ състояние. Наскоро е прочела „Бягащата с вълци“, която ѝ е била подарена от нейна колежка – кардиолог като върнат жест за подарените ѝ от Невин стихосбирки.

Според д-р Садъкова всяка книга ни учи на нещо, стига да имаме очи да видим и съзнание да проумеем това, което сме прочели по най-правилния начин, но е убедена, че и хората, с които животът ни среща, са в някаква степен наши учители и можем да почерпим мъдрости от тях.

ПРЕВРАТНОСТИТЕ НА СЪДБАТА

Непосредствено преди да излезе първата ѝ книга от печат, Невин решава, че ще пише само за себе си и близкото обкръжение. Съдбата обаче я среща с д-р Христо Ганов, който става неин редактор, а за рецензент е привлечен поетът Стойчо Маджарски и така се ражда стихосбирката „Да намериш себе си“. Тя е отпечатана през 2003 г. в Ст. Загора, където се състои и представянето ѝ.

Шест години по-късно на бял свят се появява и втората ѝ стихосбирка – „Лунни приливи“, с редактор Иван Есенски.

МУЗАТА ВИАГИ ИДВА НЕОЧАКВАНО

Стиховете си Невин Садъкова записва на малки листчета или салфетки, които прибира, а после се случва да забрави за тях. Често ги намира между страниците на прочетена книга.

Поезията за Невин е начин за релаксиране и отгъсване на душата от онова, което е „заседнало“ в гърлото.

Нейни пациенти са присъствали на представянето на стихосбирките в Момчилград. Те оценяват това, че ги лекува лекар поет.

А ЗАНАПРЕД...

Мечтата на Невин Садъкова е да издаде двете си стихосбирки и новите си стихотворения на турски език и търси помощ от поет, който да помогне с превода. Въпреки трудностите, които среща, не се отказва и не бърза. Има и стихове, написани на турски език. Опитва се да ги преведе на български език сама, защото смята, че са също много красиви и трябва да бъдат прочетени и от хората невладеещи майчиния ѝ език.

В БЯЛО

Родих се в бяло и от този свят
аз в бяло искам да си ида.
Противно на живота си безцветен,
по белотата искам да вървя.
И всичко в бяло да покрива-
дори злота, и завистта.
Но сега е време в бялата си рокля
да пристъпя тихо и свенливо
в сърцето ти и в любовта.

